

FLERFAMILIEGRUPPETERAPI VED SPISEFORSTYRRELSE

SVEND NIS SØNDERGAARD

**MASTERGRADSOPPGAVE I FAMILIETERAPI
OG SYSTEMISK PRAKSIS**

DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

2007

Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser, som den er blitt praktisert ved to institusjoner i Norge. Den har fokus på terapeutene og den tenkning og kompetanse disse benytter i sin terapeutiske tilnærming til familiene.

Flerfamiliegruppeterapiens formål er å understøtte familiens egen kompetanse og således gjøre disse mindre avhengige av det profesjonelle hjelpeapparatet, derfor er oppgavens hovedfokus på hva det er for en kompetanse man tilskriver familiene og hvordan terapeutene understøtter denne i sin terapeutiske praksis.

Flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser er utviklet ved to institusjoner i henholdsvis Dresden og London. Modellene derfra blir beskrevet, da disse har vært inspirasjonskilder for de norske terapeutene. Den praksis og teoretiske forståelsesrammen som kommer til uttrykk i flerfamiliegruppeterapien blir diskutert opp mot de familieterapeutiske praksiser og forståelsesrammer som har tradisjon i Norge.

Jeg har benyttet meg av kvalitativt intervju for å få beskrevet de norske terapeutenes praksis og hvordan de begrunner denne. I analysen har jeg brukt en hermeneutisk tilnærming, hvilket i denne sammenhengen betyr at jeg har foretatt en systematisering av intervjuene med sikte på å utvelge temaer som kan belyse problemstillingen. Denne systematisering er organisert i de tre kapitlene: (1) Historiene til familiene, (2) Familiens kompetanse og (3) Det terapeutiske rom.

Materialet viser til at det teoretiske begrunnelsesrommet for flerfamiliegruppeterapien blir for snevert, at det er for lite fokus på emosjonelle og affektive aspekter, at symptombejempelse får forrang for symptomforståelse og at det kompetansebegrep man opererer med er for smalt og for statisk. De norske terapeutene peker selv på dette og viser til behovet for supplerende behandlingstiltak. Samtidig viser materialet til at de norske terapeutene vektlegger og praktiserer en anerkjennende holdning og har et fokus på det emosjonelle klimaet i gruppene, som åpner opp for å utvikle flerfamiliegruppeterapien ut over rammene til de eksisterende modellene.

Innhold

	Side
Forord	1
1. Innledning	2
1.1 Tema for oppgaven	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema	3
1.3 Tidligere forskning på området	5
1.4 Temaets faglige relevans for familieterapi	6
1.5 Problemstilling	7
2. Metodologi	9
2.1 Utvalg av intervjupersoner	9
2.2 Metodologisk tilnærming	10
2.3 Analyseprosessen	11
3.4 Etske hensyn	12
3. Flerfamilieterapiens utvikling	13
3.1 Utvikling og anvendelse	13
3.2 Marlborough Family Service	15
3.3 Dresden og London: To avdelinger for spiseforstyrrelser	16
3.4 Begrunnelser for flerfamilieterapi	18
4. Flerfamilieterapi ved spiseforstyrrelser	20
4.1 Dresdenmodellen	20
4.2 Maudsleymodellen	23

5. Å forstå spiseforstyrrelser	29
5.1 En teori for klinisk praksis	29
5.2 Spiseforstyrrelser og familieterapeutisk forståelse	34
6. Oppstart av de norske gruppene	41
7. Historiene til familiene	44
7.1 Å åpne opp for historiene	44
7.2 Om bruk av eksternalisering	49
7.3 Å snakke om det som ikke kan snakkes om	51
8. Familiens kompetanse	53
8.1 Kompetanse og det vanlige	53
8.2 Familiekompetanse = forelderkompetanse	56
9. Det terapeutiske rom	62
9.1 Struktur	62
9.1.1 Om teamet	62
9.1.2 Om gruppene i gruppen	65
9.1.3 Om bruk av øvelser	67
9.2 Holdning og forforståelse	70
9.2.1 Om å skape et terapeutisk rom	70
9.2.2 Om å gi råd og anbefalinger	73
10. Hva gir oppgaven svar på og hvilke konsekvenser vil dette få?	76
Referanser	82
Vedlegg 1. Skriv til informanter	89
Vedlegg 2. Intervjuguide	90

Forord

Å kunne fordype seg i et tema i en travel klinisk hverdag er ikke alle forunt. Jeg fikk denne mulighet ved å delta i mastergradsutdanningen ved Diakonhjemmet Høgskole.

En ting er å ha den tryggheten som 30 års klinisk erfaring i felten gir deg i det daglige arbeidet, noe helt annet er det å skulle prestere noe skriftlig som holder mål, der lurert utryggheten seg frem. Der er det godt med gode hjelpere. Min fremste og viktigste hjelper har vært min veileder Turid Markussen ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Oslo Universitet, som fortjener stor takk for å ha ledsaget meg i denne prosessen.

En takk til Psykologspesialist Vigdis Wie Torsteinsson som har kommet med hjelpsomme og vesentlige innspill. Også en takk til Tone Ørnes Søndergaard, som har lyttet seg gjennom timevis med intervjuopptak og transkribert dem.

Jeg vil rette en helt spesiell takk til mine fire informanter for stor velvilje og inspirerende samtaler.

Sluttelig en takk til min arbeidsplass Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Ullevål Sykehus for stor velvilje.

Oslo, oktober 2007.

Svend Nis Søndergaard.

1. Innledning

1.1 Tema for oppgaven

Ved Mastergradsstudium i familieterapi og systemisk praksis har jeg som tema for mastergradsoppgaven valgt å skrive om **Flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser**. Jeg ønsker å ha fokus på de terapeutene som leder disse gruppesamlingene for dermed å få belyst hvilken tenkning og kompetanse disse vektlegger i arbeidet. Jeg vil se på hvordan terapeutene beskriver og begrunner sin praksis i arbeidet med flerfamiliegrupper.

De nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser i Norge (Statens helsetilsyn 2000) vektlegger familiens betydning i behandlingen av anoreksi. I de engelske retningslinjer gis følgende anbefalinger:

- 1 It is good practice for families of patients of all ages to be involved in assessment and treatment, and to be kept informed about risks and prognosis.
- 2 For adolescents with anorexia nervosa family interventions are the treatment of choice.

I tillegg anbefales det at innleggelse i avdeling bør begrenses til en liten gruppe svært utsatte pasienter (Schmidt & Asen 2005).

Innenfor behandling av spiseforstyrrelser har familieterapi en lang tradisjon og praksiserfaring. Der finnes en omfattende litteratur om teoretiske tilnærminger, om metodikk og kasusbeskrivelser. Spiseforstyrrelser er det kliniske området, hvor effekten ved familieterapi er best og mest omfattende dokumentert (Eisler 2005).

I de seneste årene er det kommet beskrivelser fra enheter i henholdsvis Tyskland og England av arbeid med familier i grupper (Asen 2002). Disse forsøkene med å benytte ideene fra flerfamilieterapi ved ungdommer med spiseforstyrrelser stammer fra Dresden, Tyskland (Scholtz & Asen 2001) og fra Maudsley Hospital, London (Dare & Eisler 2000).

Flerfamiliegruppeterapien møter den problemstillingen at foreldre til barn og ungdom med spiseforstyrrelser ofte opplever å stå ganske alene i situasjonen. Dette gjør at de i høy grad må støtte seg til de profesjonelle - sykepleiere, leger og terapeuter. Ved direkte å involvere foreldrene i temaene knyttet til ungdommens spiseproblemer ønsker man at familiene blir

eksperter selv i stedet for å overlate denne ekspertisen til personalet. Ved å samle flere familier sammen i en gruppe, legger man til rette muligheten for å lære av og bruke hverandres erfaringer, åpne opp for flere mulige løsninger og mobilisere til aktiv stillingtagen og handling i stedet for å gjøre seg avhengig av ekspertenes råd eller i verste fall helt å overlate 'problemets løsning' til dem, eksempelvis ved å døginnlegge ungdommen ved en behandlingsinstitusjon.

Flerfamiliegruppeterapien vektlegger å støtte opp om familiens egen kompetanse. Til denne kompetansen knytter seg ideer, ønsker, håp, forventninger og drømmer på egne vegne, på ungdommenes vegne og på familiens vegne. Eisler (2005) gir uttrykk for at denne kompetansen over eget levd liv og forventningene til fremtiden i overveiende grad er blitt underlagt symptomet, spiseforstyrrelsen. Familiens liv er blitt organisert rundt spiseforstyrrelsen, som er blitt den altdominerende, ukontrollerbare faktor. Her er det at flerfamiliegruppeterapien kommer inn med det formål å støtte familien til å gjenetablere og utbygge sin kompetanse og ekspertise, samtidig som det understrekes at løsningene finnes hos familiene selv. Dette tenkes å ha en sterk avstigmatiserende effekt og i stedet skape en opplevelse av solidaritet.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet i over 15 år som psykiatrisk sykepleier og avdelingsleder ved spesialenheter for psykose-/schizofreniproblematikk. Dernest har jeg i 10 år jobbet som familieterapeut ved en barne- og ungdomspsykiatrisk familieenhet, der jeg fikk henvist familier hvor et barn eller en ungdom hadde fått en psykiatrisk diagnose, som oftest ADHD, psykose eller spiseforstyrrelse. De siste 4 årene har jeg jobbet som familieterapeut ved en spesialenhet for spiseforstyrrelser.

Disse årene har gitt meg et innblikk i hvordan familier organiserer sitt liv rundt symptomet eller lidelsen. Det har gitt meg det inntrykket at i mange tilfeller er diagnosen blitt det ultimative svar på mange familiers streben og at disse familiene søker den psykiatriske ekspertises råd i håp om bedring. Den hjelpen som tilbys har ikke alltid hatt den ønskede virkning og i noen tilfeller har hjelpen fastlåst familier i en avhengighet av hjelperne og til like stigmatisert symptombæreren. Disse erfaringene har jeg beskrevet i en artikkel publisert i tidsskriftet **Fokus på Familien** (Søndergaard, 2004). I denne artikkelen argumenterer jeg for en systemteoretisk familieterapeutisk innsats fremfor en tradisjonell orientert veiledning og rådgivning til foreldrene. Jeg viser til at en utforsking av problemet og dets innvirkning på dagliglivet bare kan skje i en lokal dialog med dem som lever med problemet, altså med familien og at løsningene vokser frem i denne lokale dialogen.

I 2005/06 ble der planlagt oppstart av to flerfamiliegrupper ved tre spesialenheter for spiseforstyrrelser her i Norge. De norske terapeutene som startet opp disse gruppene hadde forut deltatt i et undervisnings- og treningsopplegg ledet av Ivan Eisler fra Maudsley. Jeg deltok selv i dette opplegget, da jeg er ansatt ved den ene av disse spesialenheter.

Min interesse for flerfamiliegruppeterapien ble vakt av denne stillingtaken for familiene og denne understøttelsen av familienes egen evne til å hjelpe seg selv og hverandre. Jeg ønsket å vite mer om hvordan man begrunnet denne holdningen, hvilke erfaringer man baserte seg på og hvordan dette kom til uttrykk i praksis.

Noen av de spørsmålstillinger jeg basket med var: Hva er det for en ekspertise/kompetanse som familiene har og hvordan kommer denne til uttrykk? Hvordan er denne ekspertisen annerledes enn den ekspertisen som 'eksperterne' innehar? Er det sånn at utsagnet om at "det er bedre å få råd av lidelsesfeller enn av eksperter" er mer enn et aksiom vi nikker bekreftende til?

Spiseforstyrrelser har stor oppmerksomhet i offentligheten. Der er et bredt samfunnsmessig engasjement og en bred samfunnsmessig meningsdannelse omkring fenomenet. Der er fokus på påvirkning i form av idealer rundt slankhet, sunnhet og vellykkethet. Der er fokus på stereotypiske kvinneidealer og moteverdens 'anoreksidukker'. Der er fokus på prestasjoner og vektkontroll innenfor sportsverdenen. Der er fokus på ungdomsidylliseringen og vegring mot den kvinnelige voksenrollen. Det er som oftest unge jenter i oppvekstfasen der fremviser spiseforstyrrelser og spesielt det anorektiske uttrykket kommuniserer så tydelig at noe er galt fatt.

Det er mitt inntrykk, at i den offentlige diskusjonen ses og oppfattes spiseforstyrrelser som en samfunnsmessig problemstilling i langt større grad enn andre psykiske lidelser som for eksempel schizofreni eller angsttilstander, som overveiende tilskrives den enkeltes psykologi. Der finnes selvhjelpsgrupper, støttegrupper og interessegrupper knyttet til spiseforstyrrelser både utenfor og i det faglige miljøet. Folk som sliter med spiseforstyrrelser kan søke informasjon på internett hvor utbudet er enormt og stadig voksende. Her finnes der informasjon om lidelsen/lidelsene, om forskjellige måter å forstå tilstanden/tilstandene på, om forskjellige behandlingsmetoder, om forskjellige behandlingssteder og deres tilbud. Der finnes rådgivningssider med råd og anbefalinger, både for den som sliter med spiseforstyrrelser og for foreldre og pårørende. Der finnes diskusjonsfora hvor man kan skrive

med likesinnede, både for dem som ønsker å komme seg ut av tilstanden og for dem som ønsker å leve anorektisk.

Der er mange stemmer og mange synspunkter som kommer til uttrykk i de mange forskjellige fora og disse stemmene bringes også inn i det faglige miljøet av de hjelpesøkende selv og av interesseorganisasjoner både ved at der reises krav og stilles spørsmål.

Det er mitt inntrykk, at i den faglige sammenhengen ses og oppfattes spiseforstyrrelsene som overveiende psykologiske fenomener og at behandlingen i det vesentligste er psykologisk og familierapeutisk orientert samtidig som den fysiske og ernæringsmessige tilstanden blir medisinsk ivaretatt.

1.3 Tidligere forskning på området

Daniel Le Grange (2005) har i en artikkel fra oktober 2005 samlet all tilgjengelig forskning av psykologisk behandling for ungdommer med anorexia nervosa. Han konkluderer at flertallet av ungdommene, selv de alvorligste tilfeller, med fordel kan behandles poliklinisk, forutsatt at foreldrene involveres i behandlingen. Le Grange oppfordrer til at optimisme knyttet til flerfamiliegruppeterapi bør avvente større randomiserte undersøkelser.

På området spiseforstyrrelser og familierapi har Eisler et al. har i en oversiktsartikkel (2003) oppsummert forskningen. De konkluderer at:

- Familierapi er en effektiv behandling ved anorexia nervosa.
- Flertallet av ungdommer med anorexia nervosa, selv alvorlig lidende, kan hjelpes uten innleggelse (poliklinisk) hvis familien har en aktiv rolle i behandlingen.
- Familieintervensjoner har best effekt hvor man har fokus på familieressurser i stedet for å fokusere på familiedysfunksjon (for hvilke der er lite empirisk grunnlag).
- Kortvarige, intensive flerfamilieintervensjoner er en viktig alternativ måte til å engasjere familiene i behandlingen og blir vurdert veldig positivt av familiene.

På området flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser foreligger der pr. i dag ikke noe avsluttet forskningsmateriale. Behandlingspraksis og erfaringer er beskrevet i artikler av Asen (2002, 2001), Dare & Eisler (2000), Eisler (2005), Eisler et al. (2003), Schmidt et al. (2005), Scholtz et al. (2005, 2003), Scholtz & Asen (2001), Slagerman & Yager (1989) og Wooley & Lewis (1987). Det pågår randomiserte effektstudier i både Dresden og London. Her vil man forsøke å måle effekt av flerfamiliegruppeterapi i kombinasjon med annen behandling

(poliklinisk og familieterapeutisk) mot tradisjonell behandling med innleggelse av symptombærer.

Randomiserte kontrollerte effektstudier sammenligner ulike former for terapeutisk praksis opp mot hverandre. Per Jensen (2006) peker på seks karakteristika som kjennetegner effektstudier. For det første foretas de i en kontrollert laboratoriesetting. For det andre har de fokus på en spesifikk og definert psykiatrisk forstyrrelse eller problem. For det tredje benyttes minst to grupper: en som mottar behandlingen, og en kontrollgruppe. For det fjerde velges klientene ut tilfeldig til begge gruppene. For det femte benyttes det manualer til gjennomføringen av behandlingen til begge gruppene, og for det sjette blir alle klientene minst bedømt både før og etter terapien ved hjelp av standardiserte resultatmål. I tillegg benyttes ofte en oppfølging i de fleste studier av dette slaget. Randomiserte kontrollerte forsøk er den forskningsmetode som ofte fremheves som et ideal innenfor evidensbasert forskning. Målet er å komme frem til standardiserte behandlingsprosedyrer basert på disse forskningsresultatene.

Effektstudier, ut fra at de legger hovedvekten på det instrumentelle, vil ikke få belyst det prosessorienterte og relasjonsorienterte, som begrunner flerfamiliegruppeterapien, som det er denne oppgavens intensjon å få belyst.

Der foreligger en dansk studie fra 1987 (Marner & Westerberg 1987). Det er ikke en studie på flerfamiliegruppeterapi, men de evaluerte det de kalte for støttende gruppeterapi til anorektikere og deres foreldre som et supplement til familieterapi. Man opererte med to grupper: en gruppe for jenter med anoreksi og en gruppe for deres foreldre i tillegg til tradisjonell familieterapi. Terapeutene beskriver i denne studien det sterke inntrykk det gjorde på dem å oppleve den lettelsen som disse foreldrene, i disse svert isolerte og svert begrensede familiene, viste i løpet av gruppeprosessen. Gruppedeltakernes tilbakemeldinger var at selv om de hadde lært mye, kunne ikke gruppeterapien erstatte familieterapien. Konklusjonen var at familieterapi er det foretrukne valget for behandling.

1.4 Temaets faglige relevans for familieterapi

Ved å synliggjøre og teoretisere over egen praksis videreutvikles både teoritilfanget og en selv som terapeut. Ens praksis åpner seg dermed opp overfor, i første omgang fagfeltet, men også mot samfunnet generelt. Denne mastergradsoppgaven er rettet mot fagfeltet, mot familieterapien, mot utvikling av kunnskap og praksis innenfor dette feltet.

Jeg mener denne oppgaven bidrar til teoriutviklingen allerede i kraft av å ha intervjuet terapeutene, da jeg tenker at terapeutene ved å synliggjøre og verbalisere sin valgte teoretiske

posisjon og begrunne sin erfaringsbaserte praksis, innenfor en gitt kontekst og gitt diskurs, allerede vil være i en samskapende teoriutvikling med intervjueren.

Det er viktig og også nødvendig å tydeliggjøre familiens ekspertise. Hvordan er denne ekspertisen forskjellig fra den profesjonelles ekspertise på spiseforstyrrelser? Er det snakk om et utvidet ekspertisebegrep, en global oppfattelse som inkluderer kompetanse over eget liv? Er det mer snevert tenkt som en ekspertise basert på erfaringer fra et familieliv med en spiseforstyrret ungdom? Er det elementer av en helsepedagogisk tilnærming hvor man tenker at den fagspesifikke ekspertisen om spiseforstyrrelser skal læres videre til foreldrene? Er det en ekspertise knyttet til råd og anbefalinger og i så fall, er det da bedre å få råd av 'lidelsesfeller' enn av eksperter?

Ved å systematisere og øke vår innsikt om ressurser og kurative faktorer hos de familier som har deltatt i flerfamiliegruppeterapi og ved å få et innblikk i på hvilken måte disse familiene har nyttiggjort seg terapien, vil denne, familiens ekspertise, bli både tydeligere og mer synlig. Ved å etterspørre den terapeutiske holdning og posisjon i flerfamiliegruppeterapien vil også den familieterapeutiske ekspertisen og den profesjonelles ekspertise på spiseforstyrrelser kunne tydeliggjøres i forhold til familiens egen ekspertise.

Ved å velge å ha fokus på terapeutenes begrunnelser vil jeg ikke få frem familienes egne erfaringer og vurderinger av terapiforløpet. I hvilket omfang de ovenfor nevnte effektstudier ved Dresden og Maudsley fanger opp familienes egne vurderinger er det ennå for tidlig å si noe om.

1.5 Problemstilling

Jeg har valgt å intervju de 4 terapeutene som har vært gruppeledere for de to norske gruppene. Dette gjorde jeg rett etter at disse to gruppeforløpene ble avsluttet. En målsetting med disse intervjuene var å få belyst hva det er terapeutene gjør som sitt bidrag til at familiene skal bli eksperter selv. Mitt grunnleggende forskningsspørsmål er hvordan flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser fremstilles av terapeutene. Jeg er særlig interessert i forestillinger om flerfamiliegruppeterapi som samskapende praksis, som terapeutene konstruerer sammen med gruppen av familier.

Min problemstilling er:

- Hva er det for en kompetanse man tilskriver familiene?
- Hvordan understøttes denne kompetansen i terapeutenes praksis?

For å finne svar på disse spørsmålene har jeg valgt en åpen intervjuform, der jeg tilrettela for å få frem beskrivelser av og refleksjon omkring terapeutenes arbeid i gruppene. Disse beskrivelsene og refleksjonene presenterer jeg i kapitlene 7, 8 og 9.

I kapittel 7 om historiene til familiene beskrives den meningssammenheng som familienes beretninger og erfaringer settes inn i. Man er ikke opptatt av problemets oppståen men har et her og nå fokus hvor familiens atferd forstås som en følge av problemet. Ved å få konkretisert beskrivelsene av familienes hverdag ønsker man å mobilisere og understøtte til en stillingtagen mot symptomets innflytelse.

I kapittel 8 om familiens kompetanse beskrives at formålet er at familien skal gjenerobre sin kompetanse. Den kompetanse der vises til er foreldrenes kompetanse og forstås som implisitt å være til stede men som midlertidig satt ut av kraft av problemets dramatiske karakter.

Kapittel 9 beskriver de rammer og den struktur som terapeutene etablerer i og rundt gruppene. Dermed vises der eksplisitt til den terapeutiske kompetansen og holdningen som kommer til uttrykk i de to norske gruppene. Der beskrives et stort mangfold og større potensialer enn det som kommer til uttrykk innen for flerfamilieterapiens rammer, idet der pekes på behovet for supplerende terapeutiske tiltak som rekker ut over disse rammene.

2. Metodologi

De norske terapeutenes praksis vil bli analysert på bakgrunn av modellene fra Dresden og Maudsley. Disse modellene baserer seg på 25 års erfaringer med flerfamilieterapi ved Marlborough Family Service, som er beskrevet av Asen, Dawson og McHugh (2001). Både de norske terapeutenes praksis og modellene fra Dresden og Maudsley vil bli analysert ved hjelp av den familieterapeutiske tenkningen rundt spiseforstyrrelser, som har tradisjon i Norge. Denne tradisjonen er blant andre beskrevet av Astri Johnsen (1995) og Anne Rør (2006). Johnsen (1995) reiser spørsmålet: "For hvilken type problem i hvilken familie, med hvilken terapeut i hvilken kontekst, vil hvilken antagelse være mest nyttig? (s.17)". Jeg finner Johnsens spørsmålsstilling både relevant og nyttig for å synliggjøre egen terapeutisk praksis.

2.1 Utvalg av intervjupersonene

Jeg har valgt å intervju fire terapeuter. Disse fire er tilknyttet tre norske institusjoner og er gruppeledere for de to oppstartede flerfamiliegruppene. De har forskjellig yrkesbakgrunn og forskjellig praksiserfaring, men alle fire er erfarne terapeuter innenfor området spiseforstyrrelser. Der er tale om et strategisk utvalg i den forstand at de alle fire:

1. Jobber ved spesialenheter for spiseforstyrrelser.
2. Har deltatt i veilednings- og treningsopplegget om flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser.
3. Er gruppeledere for oppstartede grupper
4. Har gjennomført et behandlingsforløp med flerfamiliegruppeterapi.

Jeg benyttet meg av et kvalitativt forskningsintervju. Det var delvis strukturert, slik at hovedtemaet var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene ble bestemt underveis som intervjuene skred frem. Intervjuene var utforskende på den konkrete praksisen, de gjennomførte gruppesamlingene. Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide rundt fire områder (se vedlegg 2):

1. Rammer og struktur rundt gruppesamlingene.
2. Innholdet i gruppesamlingene.
3. Formål med flerfamiliegruppeterapien.
4. Teoretisk forankring og inspirasjon.

Forut for intervjuene ble der sendt et introduksjonsskriv til de fire utvalgte terapeutene (se vedlegg 1). Alle fire svarte positivt på å delta. Jeg foresto selv alle fire intervjuer. Tre ble gjennomført ved at jeg personlig møtte de intervjuede og det fjerde ble foretatt over telefon. Alle fire intervjuer ble opptatt på bånd og ble transkribert ordrett slik at både spørsmål og svar fremstår i den dialogiske form som intervjuene ble gjennomført i.

2.2 Metodologisk tilnærming

Denne oppgaven utforsker det som skjer i den terapeutiske settingen i en flerfamiliegruppeterapi, som har som målsetting å aktivisere og understøtte familienes egen ekspertise og stimulere til fellesskap mellom familiene. En gruppesamling i flerfamiliegruppeterapi vil være strukturert rundt et program og en tidsramme, som inneholder forskjellige aktiviteter, øvelser og oppgaver. Det er ikke en beskrivelse av disse aktivitetene som er poenget, men det å få beskrevet de relasjonelle og kommunikative prosesser som disse aktivitetene avstedkommer og hvordan disse tolkes av gruppelederne.

I oppgaven benytter jeg en hermeneutisk tilnærming. Oppgaven har fokus på gruppelederens forståelse av sin egen innsats og hans/hennes forståelse av de fenomener som oppstår i gruppen. Intensjonen er å presentere en ”tykk” eller ”tett” beskrivelse. Thagaard (2003) refererer Geertz (1973) som sier at en ”tynn” beskrivelse gjengir bare det som observeres. En ”tykk” beskrivelse inkluderer også utsagn om hva informanten kan ha ment med sine handlinger, hvilke fortolkninger vedkommende selv gir, og den fortolkningen forskeren har. En ”tykk” beskrivelse inneholder altså et meningsaspekt. Ifølge Geertz vil fortolkningens overbevisende kraft være knyttet til hvordan forskeren argumenterer for at nettopp den fortolkningen er den rette. En god fortolkning er en fortolkning som ”treffer”.

Hermeneutikken danner grunnlaget blant annet for arbeidene til Jürgen Habermas og Anthony Giddens. Her søker man tolkninger av samfunnsmedlemmenes virksomhet, ikke kausalforklaringer. Andre eksempler er Erving Goffmans studie av totale institusjoner og Pierre Bourdieus kultursosiologi (Ryen, 2002). Ifølge Thagaard (2003):

”fremhever hermeneutikken betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at der ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten (s. 37).”

Et vesentlig element er begrepet *dobbelt hermeneutikk* forstått som at forskeren fortolker en virkelighet som allerede er fortolket av de som deltar i den samme virkeligheten.

Enkelthermeneutikk handler om individets tolkning av seg selv og sin intersubjektive situasjon eller virkelighet. Dobbeltermeneutikk handler om forskerens fortolkning av denne virkelighet. Thagaard (2003) sier at det innebærer at intervjuer/forsker ikke nødvendigvis er enig i respondentenes tolkning eller forståelse. Forskeren tolker dataene ut fra sitt faglige ståsted, og det kan gi en annen forståelse enn respondentenes. Forskerens tolkninger kan imidlertid være nært knyttet respondentenes selvforståelse. De kan også være en kritisk stillingtaking til respondentenes perspektiv.

2.3 Analyseprosessen

Analysen ble foretatt som en kategoribasert analyse (Thagaard 2002, Ryen 2002). Først foretok jeg en sammenfatning av hvert av de fire intervjuer for å gjøre meningsinnholdet eksplisitt. En sådan sammenfatning kaller Kvale (2005) for meningsfortetting. Thagaard (2002) sier at en sammenfatning av mening kan knyttes til en fenomenologisk tilnærming, fordi analyseprosessen er orientert mot tekstens betydningsinnhold. Det vil si at teksten fortolkes på en måte som er minst mulig preget av forskerens forutinntatthet. Men fortolkning innebærer også at forskeren tolker den forståelsen informantene har.

Neste trinn var å foreta en inndeling i kategorier, for å sammenfatte intervjuene i oversiktlige enheter og dermed kunne identifisere sentrale temaer og mønstre. Kvale (2005) kaller denne fremgangsmåten for meningskategorisering, for å fremheve at meningsinnholdet er i fokus for analysen. Jeg benyttet de 4 områder fra intervjuguiden, som igjen ble delt opp i flere underkategorier (se vedlegg 2). Tredje trinn var å rette fokus mot meningsinnholdet i teksten ved å fremheve sentrale temaer i materialet. Thagaard (2002) kaller dette trinnet for å gå fra kategorisering til identifisering av materialet. Fjerde trinn var å knytte teoretisk relevante begreper til kategoriene. Thagaard (2002) kaller dette trinnet for å gå fra identifisering av mønstre til tolkning. Hun sier videre at hvor en tidlig analyse av dataene innebærer en dekontekstualisering av teksten, fordi teksten blir oppdelt og atskilt fra sin opprinnelige sammenheng, kan prosessen med å tolke dataene beskrives som en rekontekstualisering. Grunnlaget for tolkning av dataene er at analysen utføres på en måte som bidrar til å fremheve meningen i teksten. Ut fra dette valgte jeg mine tre analytiske områder: (1) Historiene til familiene, (2) Familienes kompetanse og (3) Det terapeutiske rom. Etter denne prosessen fremsto mitt materiale overveiende som praksisbeskrivelser. For å komme ut over bare å sammenligne de norske terapeutenes praksisbeskrivelser i mitt

materiale med praksisbeskrivelsene fra Dresden og Maudsley benyttet jeg meg av Kvaales (2005) tre tolkningskontekster: (1) Selvforståelse, (2) Kritisk forståelse basert på sunn fornuft og (3) Teoretisk forståelse. Selvforståelse presenterer informantene slik de uttrykker seg som svar på mine spørsmål. Disse fremgår av intervjusitatene. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft går ut over hva informantene selv forstår, opplever og mener. Dette kommer til uttrykk ved at jeg benyttet meg av spørsmålsstillingen: Hva sier uttalelsen om fenomenet...f. eks. "åpninger" knyttet til familiens historier? Denne tolkningskontekst er benyttet gjennom hele materialet. Teoretisk forståelse tolker uttalelsene innenfor en teoretisk ramme. Dette rekker ut over de to ovennevnte kontekster ved at jeg har tolket materialet inn i en familierapeutisk forståelsesramme.

Gyldigheten vil dermed avhenge av en vurdering av hvorvidt en familierapeutisk forståelsesramme oppfattes som en relevant tolkningsramme innen for området spiseforstyrrelser.

2.4 Ethiske hensyn

Det er en lang tradisjon for kliniske artikler og beskrivelser som har et utgangspunkt i praksis. Her er, som oftest, stedet for praksisen og forfatter nevnt ved navn og sentrale personer er enten medforfatter eller de takkes særskilt for deres deltakelse ved navns nevning. Det norske fagmiljøet er ikke større enn at lokalitet og personer lett kan identifiseres, så i en artikkel i et fagtidsskrift ville jeg ha valgt å gjøre dette. Jeg delte denne problemstillingen med informantene som gav sin tillatelse vel vitende om at de ville være lett identifiserbare. Jeg har i oppgaven valgt å anonymisere intervjupersonene slik at den enkeltes uttalelser ikke umiddelbart er identifiserbar.

Kvale (2005) sier "at informert samtykke innebærer at intervjupersonene informeres om undersøkelsens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen, og om mulige fordeler og ulemper med å delta i forskningsprosjektet." (s.67). Informert samtykke innbefatter også frivillighet til å delta og muligheten til å trekke seg. Dette er blitt overholdt i oppgaven.

3. Flerfamilieterapiens utvikling

3.1 Utvikling og anvendelse

Tanken om å behandle flere familier sammen ble første gang realisert i begynnelsen av 1960-årene av Laqueur og hans medarbeidere (Laqueur, La Burt & Morong 1964). Nedkjørte psykiatriske sykehusavdelinger, tilsynelatende brutal medisinsk behandling - som insulinsjokkbehandling - utbrent personale og sosialt isolerte pasienter hørte til de utfordringer som Laqueur og hans medarbeidere møtte i deres kliniske hverdag. En hverdag som var preget av at ressursene til de innlagte pasientene var for nedadgående. De arbeidet i begynnelsen på en sykehusavdeling med schizofrene pasienter. Som en pragmatisk reaksjon på behovet for å forbedre avdelingens drift og skape et samarbeide mellom avdelingen og de pårørende inviterte de pasientenes familier inn i avdelingen. Det å bringe de pårørende og familiemedlemmer inn i et sykehusmiljø og involvere dem i behandlingen av kroniske pasienter, utfordret den institusjonaliserte praksisen i avdelingen. Tilstedeværelsen av flere familiemedlemmer endret konteksten for arbeidet, ved at nye og annerledes relasjoner og roller oppsto. Dette skapte også endringer i atferden ikke bare hos pasientene men også hos personalet. Med flere familier tilstede ble det evident at gruppen selv utviklet nye ideer til å møte kroniske og fastlåste problemstillinger.

Hovedsiktet var å forbedre den intra- og interfamilære kommunikasjon i håp om at dette kunne hjelpe de pårørende til en bedre forståelse av pasientens atferd. Ved å ha fokus ikke alene på sin egen syke slektning, men også på de symptombærende i de andre familier, ble det mulig for hvert familiemedlem å utforske sitt eget liv i et annet og nytt perspektiv. Det ble mulig å dra sammenligninger og å lære av hverandre gjennom utveksling av ideer og erfaringer med andre familier og andre pårørende. Dette førte til at man opprettet egentlige grupper for schizofrene og deres pårørende (Laqueur 1972).

I begynnelsen var flerfamilieterapien en blanding av gruppeterapi og familieterapi. En av de systemiske ideer som Laqueur og hans medarbeidere arbeidet ut ifra var, at de relasjonelle problemer skyldes dysfunksjonelle feedbacksløyfer mellom subsystemene. Sammen med denne ideen benyttet de seg av andre teoretiske modeller, herunder psykodynamiske ideer og tilknytningsteori. Laqueur formodet, at de sekundære tilknytningsobjekter under den normale utvikling gradvis fortrenger de primære, og at tilstedeværelse av andre familier derfor ville gi et menneske mulighet for å arbeide for større uavhengighet og selvdifferensiering gjennom identifikasjon med medlemmer av andre

familier og læring gjennom analogier (Laqueur 1973). Batesons (1973) tanke om å beskrive atferdsmessige problemer som redusert redundans og feedback ble relevant i denne kontekst. Redusert redundans hentyder til folks begrensede indre verdensbilder, mens redusert feedback hentyder til interaksjonsmønsteret mellom folk og det sirkulære feedbackmønster fra den ytre verdens begivenheter, som fastlåser folk i en dominerende fortelling. Innen for denne teoretiske rammen gir flerfamilieparadigmet mulighet for en mangfoldighet av perspektiver i kraft av en dobbeltbeskrivelse. Når der foreligger mer enn én beskrivelse, kan den annen eller tredje kanskje bidra med nye informasjoner.

De tidlige flerfamiliegrupper ble meget passende beskrevet som ”en beskyttet workshop for familiekommunikasjon” (Laqueur et al. 1964). Ved å arbeide med fire eller fem familier av gangen kunne Laqueur iaktta ”forbedrede” kommunikasjonsmønstre og ”bedre” forståelse av hverandre i disse familiene, etterhånden som de direkte og indirekte lærte av hverandre. Han bemerket også, at han som terapeut følte seg mindre begrenset enn når han hele tiden skulle fokusere på bare én familie.

Mange forskjellige klinikere har latt seg inspirere av Laqueurs tidlige arbeid. McFarlane utviklet et flerfamilieterapiprogram på et psykiatrisk sykehus (McFarlane 1982). Han beskrev metodens terapeutiske hovedingredienser som: resosialisering, reduksjon av stigmatisering, modulert frigjørelse fra familiebindinger, normalisering av kommunikasjonen og krisehåndtering. McFarlane bemerket, at ”innsikt” fra familiens eller dens enkelte medlemmers side ikke var avgjørende for terapeutisk forandring. Derimot mente han, at det ville føre til læring at familiene fikk mulighet for å se litt av seg selv i de andre - herunder deres egne ”dysfunksjoner” - og at denne læringsprosess ikke var i behov for eksplisitering i psykologiske termer.

C. M. Anderson (1983), en amerikansk kliniker, formulerte sin modell som et ”psyko-educativt program for familier med et schizofrent medlem”. Hennes modell argumenterte for, at mening og forståelse utvikles gjennom dialogens og konversasjonens dynamiske sosiale prosess, ettersom det er gjennom språket at vi skaper meningsfull menneskelig kontakt og kan dele våre oppfatninger om virkeligheten. En underliggende hypotese i hennes arbeid var at mer funksjonelle kommunikasjonsmønstre kan oppstå når kommunikasjonsmessige avvikelser oppheves. Selv om Andersons psyko-educative flerfamilietilnærming hadde en annen teoretisk innfallsvinkel var målsettingen svært lik McFarlane`s: Å hjelpe familier til schizofrene pasienter med å utvide deres sosiale nettverk; reduksjon av stigmatisering; lettelse av omsorgsbyrden og å understøtte større toleranse hva angår familiens holdning til den syke personen; reduksjon av de pårørendes uttrykte følelser, i form av kritiske kommentarer,

fiendtlighet og overinvolvering. Det var Andersons synspunkt at man ved å tilby familien støtte ville kunne bygge bro mellom den familiemessige og den psykiatriske kontekst.

I flerfamilieterapiens begynnelse virket det som at denne tilnærmingen var mest velegnet til familier med begrensede sosiale kontaktflater (Leichter & Schulman 1974; McFarlane 1993), idet det ga dem mulighet for å diskutere felles problemer samt å gi og motta emosjonell oppbakning. I motsetning til den tradisjonelle psykodynamiske gruppeterapi oppmuntret man flerfamilieterapigruppenes familier til å møtes med hverandre utenfor gruppesamlingene. McFarlane (1982) sier utvetydig, at det er et tegn på utvikling i gruppen og hos den enkelte, når familiene møtes uten for den ”terapeutiske” kontekst.

Flerfamilieterapimodellen er utviklet igjennom de siste tre årtier og er i løpet herav anvendt på forskjellige psykiatriske pasientgrupper, især psykotiske personer (Anderson 1983; Lansky 1981; McFarlane 1982; Strelnick 1977). Det er interessant å bemerke, at flerfamilieterapien normalt ikke ble anvendt som eneste behandling, men som et supplement til andre behandlinger (Reiss & Costell 1977). I slutten av det 20. århundre var den et veletablert element i arbeidet med schizofrene pasienter (Kuipers, Leff & Lam 1992). Flerfamilieterapi praktiseres også i mange andre sammenhenger (O’Shea & Phelps 1985), blant annet i forbindelse med narkotika- og alkoholmisbruk (Kaufman & Kaufman 1979), kroniske medisinske sykdommer (Gonsalez, Steinglass & Reiss 1989), Huntingtons chorea (Murburg, Price & Jalali 1988), barnemishandling og -misbruk (Asen et. al. 1989), spiseforstyrrelser (Slagerman & Yager 1989) og mer spesifikt bulimi (Wooley & Lewis 1987), samt en broket gruppe innlagte og polikliniske barne- og ungdomspasienter med en lang rekke forskjellige problemer (Wattie 1994).

3.2 Marlborough Family Service

I deler av Europa og i USA har man igjennom årene igangsatt prosjekter, hvor man sideløpende har involvert familiene terapeutisk. Disse tar ofte utgangspunkt i spesifikke problemområder og fremtredelsesformer, opprettes ofte ad hoc og har derfor en begrenset levetid. Marlborough Family Senter var den første institusjon som etablerte en permanent flerfamiliekontekst, spesifikt utformet med henblikk på og utelukkende beskjeftiget med denne typen arbeid (Asen 2002; Asen, Dawson & McHugh 2001).

I slutten av 1970-årene opprettet man et dagsenter, hvor to til ti familier kunne være sammen fem dager i uken i åtte timer daglig (Asen et al. 1982; Cooklin 1982; Cooklin et al. 1983). De klienter, som utgjorde målgruppen, var såkalte multiproblemfamilier, karakterisert ved at mer enn et familiemedlem hadde psykologiske problemer eller utviste psykiatriske

symptomer, med sosiale og spesielt antisosiale problemer, som vold og overgrep, skole- og læringsvansker og konflikter med myndighetene. Disse familiene var som oftest i kontakt med så vel det psykiatriske og det sosiale hjelpeapparat, som med politi og rettsvesen. Blant de faktorer som inspirerte til opprettelsen av dagsenteret var den iakttakelse at det virket som om der var liten villighet til å endre på igangsatte tiltak på tross av langsom eller liten respons på disse, og at opplevelsen av hjelpeløshet på familiens vegne og hos de profesjonelle hjelperne var uttalt. En annen iakttakelse var at flere av disse familiene tiltrakk seg et utall av profesjonelle helpere, uten at det virket som om at disse familiene - eller deres individuelle medlemmer - kunne nyttiggjøre seg av de forskjellige medisinske, psykiatriske, sosiale, utdanningsmessige eller andre tiltak som ble tilbudt. Disse familiene ble derfor oppfattet som umulige å hjelpe, hvilket ble forsterket av at det som oftest var lite koordinering eller samarbeid mellom de forskjellige instansene. En tredje faktor var at alle terapeutiske initiativer ofte var ledsaget av at et barn ble fjernet fra familien, gjentatte innleggelser av en voksen, utelukkelse fra en skole eller andre intervensjoner av typen sosial kontroll. Det å invitere disse familiene til ukentlige familieterapeutiske møter kunne virke som en dråpe i havet og i beste fall som et forsøk på å holde i live fantasier om å kunne "redde" disse familiene. I verste fall kunne det bli en tilføyelse av ennå en institusjon i en lang rekke, hvorved man bare ville bidra til å øke forvirringen om hvem som gjorde hva med hvem og hvorfor.

Alternativet ble opprettelsen av dagsenteret, som med sitt tverrfaglige team - bestående av psykiatere, sosionomer, psykologer, lærere, terapeuter, sykepleiere og andre - skulle kunne ivareta og koordinere den samlede innsatsen. Ved å møte familiene med et strukturert dagsprogram, som bevisst la opp til "kontrollerte" kriser - lik dem familiene daglig måtte hankses med hjemme - ønsket man å skape en mulighet for at familiene skulle kunne utspille sin daglige livssituasjon i en terapeutisk kontekst. Man håpet at dette eventuelt ville gi familiene en mulighet til å oppdage alternative måter til konflikthåndtering, måter som ikke krevde at et økende antall av helpere ble involvert, og dermed unngå at hjelpen ble fragmentert.

3.3 Dresden og London: to avdelinger for spiseforstyrrelser

Erfaringene fra Marlborough dannet utgangspunkt for etableringen av flerfamilieterapi ved avdelinger for spiseforstyrrelser i Dresden og London.

Dresden startet opp med flerfamilieterapi i 1998. Prosjektet startet opp på en travel barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, som hvert år tok imot omkring 60 ungdommer med

alvorlige spiseforstyrrelser til innleggelse. Det var ungdommer med anoreksi eller bulimi, som ofte hadde vært i behandling ved de lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, men som nå var i en alvorlig fysisk og psykologisk tilstand. Ungdommene fikk tilgang til en lang rekke behandlingsmåter og terapiformer samtidig – fra behavioristiske tiltak til individuelle psykodynamiske og kognitive terapier og leilighetsvis medisinerings. Det ble i alle tilfeller rutinemessig avholdt familieterapeutiske møter hver fjortende dag. Den gjennomsnittlige innleggelsen varte mellom tre og seks måneder. Når en tilstrekkelig kroppsvekt var oppnådd, ble ungdommene sendt hjem og fortsatte vanligvis med poliklinisk behandling, hvor de fikk både individuell terapi og familieterapi og leilighetsvis medisinerings.

En iakttakelse som Dresdengruppen hyppig gjorde var at pasientene, når de ble hjemsendt, som regel hurtig tapte vekt igjen, spesielt hvis foreldrene ikke hadde vært inndratt i styringen av deres barns spiserutiner og dertil knyttede atferd (Scholz & Aasen 2001). Den såkalte suksess, som i sykehusavdelingens strukturerende miljø kunne oppnås med å styre ungdommenes matinntakelse og vekt, kunne nesten med sikkerhet ikke overføres til hjemmet. Ungdommene ble vanligvis gjeninnlagte etter få uker, igjen utmargrede.

Dresdengruppen var ikke tilfreds med sin rolle i denne svingdørspraksisen, som er alminnelig verden over. Man satte derfor spørsmålsteget ved den metoden man benyttet seg av. Den var tilsynelatende basert på et intenst, høyeffektivt regime i avdelingen, praktisert av erfarne sykepleiere, i skjærende kontrast til den relativt lavintense involvering - om ikke direkte utelukkelse - av foreldrene. Det virket innlysende at foreldrene måtte involveres og spille en mer sentral rolle, kanskje fra første ferd. Flerfamilieterapi ble derfor sett på som ytterst relevant, fordi man her direkte møter foreldrene i deres opplevelse av å kjempe alene og i deres avhengighet av innspill fra sykepleiere, leger og terapeuter. For å motvirke isolasjon virket det som et logisk tiltak å la disse foreldrene møtes med hverandre, og videre, for å motvirke avhengigheten av ekspertisen hos sykepleierne og det medisinske personalet, å direkte involvere foreldrene i ungdommenes spiseatferd.

Hvor utgangspunktet i Dresden var en stor avdeling med innlagte pasienter, var utgangspunktet for Londongruppen et noe annet. Adolescent Eating Disorder Service ved Maudsley Hospital var en både lokal og nasjonal spesialisttjeneste for barn og ungdom med spiseforstyrrelser, hvor man tilbød familieterapeutisk behandling i poliklinisk regi (Dare & Eisler 1997). Spesialistfunksjonen fremgikk av typen henvisninger, som oftest var komplekse og preget av flere tidligere behandlingstilbud. På grunn av de tidligere mislykkede behandlingsforsøk og alvorlighetsgraden av tilstanden var derfor de fleste henvisninger en

forespørsel om døgninnleggelse. Likevel ble relativt få pasienter innlagt ved døgnavdelingen (5-10%) selv om mer enn 70% av henvisningene oppfylte kriteriene for døgninnleggelse (Eisler, le Grange & Asen 2003). Uansett hvor alvorlig tilstanden ble vurdert, var intensjonen så godt som alltid å involvere familien aktivt i behandlingen, for å unngå hospitalisering. Enkelte ganger kom henvisningene på et tidspunkt hvor barnet eller den unge allerede var innlagt på en somatisk barneavdeling. Hvis den fysiske tilstanden ble stabilisert og det medisinske personalet sa seg enige i at barnet eller ungdommen kunne være borte fra avdelingen i minst et par dager, benyttet man krisen til å engasjere familien i et effektivt poliklinisk behandlingsopplegg, slik at det ikke ble nødvendig med videre innleggelse.

Når man i 1999 besluttet seg for å starte opp med flerfamilieterapi var begrunnelsen at man vurderte dette som en mer intensiv behandlingsform enn det standard polikliniske tilbud man ellers tilbød, samtidig med at det ivaretok det grunnleggende prinsipp som lå bak den polikliniske behandlingen, at den beste hjelp man kan tilby på lang sikt er at hjelpe familiene til å finne sine egne løsninger. Opprinnelig var flerfamilieterapiprogrammet tenkt som et tilbud til de komplekse tilfeller som ellers ville være i behov av døgninnleggelse, men på grunnlag av de positive erfaringer og de tilbakemeldinger man fikk fra de som deltok i gruppen, besluttet man at dette tilbudet skulle gis til alle familier som ble henvist til klinikken.

3.4 Begrunnelser for flerfamilieterapi

Både Ivan Eisler (Maudsley) og Michael Scholz (Dresden) henviser til Marlborough som grunnlag og inspirasjon og Eia Asen ved Marlborough Family Service har samarbeidet med både Maudsley-teamet og spesielt med Dresden-teamet. Eia Asen ved Marlborough angir som begrunnelser for flerfamilieterapi:

- Motvirke isolasjon.
- Utvide det sosiale nettverk.
- Motvirke stigmatisering.
- Oppbygge solidaritet.
- Gjensidig støtte og feedback.
- Etablere nye og mangfoldige perspektiver.
- Lære av hverandre.
- Stimulere til aktiv foreldreinnvolvering.
- Neutralisere kroniske relasjoner mellom ansatte og pasienter.
- Eksperimentere med surrogatforeldre.

- Skape en veksthuseffekt.
- Gi håp.

Marlborough Family Services utgangspunkt var et daghospital som arbeidet med multiproblemfamilier som normalt mottok en vifte av ytelser fra en rekke offentlige instanser som i siste instans, på mange forskjellige måter fungerte ineffektivt. Målgruppen ved både Dresden og Maudsley er familier med et eller flere barn og/eller ungdommer som sliter med spiseforstyrrelser. Hvordan Dresden og Maudsley har utformet sine modeller vil bli belyst i neste kapittel.

4. Flerfamilieterapi ved spiseforstyrrelser

Dresden og Maudsley programmene ligner på hverandre, hvilket ikke er overraskende ettersom de ut over å henvise til samme inspirasjonskilde, også har hatt et nært samarbeide med utveksling av erfaringer og gjensidig har latt seg inspirere av hverandre.

4.1 Dresdenmodellen

Programmet strekker seg over et år, hvor gruppen møtes i alt 20 dager. Parallelt med flerfamiliegruppesamlingene gis også individuelle tilbud, både i form av psykoterapi og medisinsk oppfølging av ungdommene med spiseforstyrrelser og poliklinisk familieterapi til hver enkelt familie.

Om de terapeutene som leder gruppene sies det (Scholtz et al. 2002) at de må ha solid kjennskap til og erfaring med anoreksiens fremtredelsesformer hos pasienter og deres familier. De må ha kunnskap om systemiske prinsipper og være i løpende veiledning av erfarne systemiske terapeuter. Spesielt fremheves fortrolighet med den strukturelle familieterapi og med Milano-skolens systemiske ideer og teknikker.

For å oppnå effektivt utbytte av flerfamilieterapibehandling med ungdom med spiseforstyrrelser understrekes noen sentrale prinsipper (Scholtz et al. 2002). Et vesenlig formål er å styrke foreldrenes ansvarlighet, slik at de kan hankses med den unges spiseforstyrrelse. Foreldrene blir oppmuntret til å være konsistente og ikke gi seg for å sikre at ungdommene overholder de avtalte kostplaner og tidsrammer. Dette vil uunngåelig føre til konflikter og utfordre pseudo-harmoniske mønstre i familiens interaksjon. Foreldre vil ofte ha tendens til å vise tegn på oppgitthet eller bli ”depressive” når de står overfor den tilsynelatende umulighet det er å få deres ungdom til å spise den avtalte og passende mengde mat. Ved å erfare økende ferdigheter og ressurser vil foreldrene bli mer trygge og føle seg mer ”in charge”, hvilket i sin tur ofte vil føre til økt selvtillit og avstedkomme en mer positiv stemning.

Hver flerfamiliegruppe består av 6-7 familier med mellom 2-4 medlemmer. Det starter med en motivasjonssamtale med hver enkelt familie, hvor formål, form og innhold blir forklart. Familiene får fortalt at programmet starter med en intensiv uke på 5 dager fra kl. 9-15.30.

Etter et intervall på 3 uker følger 3 intensive dager og deretter en rekke 2-dagers samlinger en gang i måneden, for mot slutten å nedtrappes til en dag i måneden.

Etter denne første kontakten blir familiene invitert til en introduksjonskveld, hvor de får møte familier som alt har vært i programmet for å høre om deres erfaringer og eventuelle anbefalinger. Denne introduksjonskvelden er uken før oppstart og av ca. 2 timers varighet.

Dresden beskriver deres program som en 3-fasers modell:

Den første fase er overveiende symptomorientert. Det legges stor vekt på motivasjon av familiene samt å oppbygge gruppetilhørighet. Det vesentlige mål er at det er foreldrene - og ikke personalet - som skal ta det fulle ansvar for å hantles med det typisk sykdomsspesifikke hos ungdommene, ved å sette passende grenser og ved ikke å la seg involvere i endeløse forhandlinger og gjenforhandlinger om hvor mye som skal spises og innenfor hvilken tidsramme. Familiens kommunikasjons- og interaksjonsproblemer manifesterer seg tydelig ved og rundt spisingen, og dette er hovedfokus i denne fasen. Alle andre problemer, enten hos familien eller hos de enkelte medlemmene, blir bevisst ignorert i denne fasen.

Det å motivere familiene til å tåle og til å holde ut i disse situasjonene oppnås best ved å bygge opp en sterk gruppefølelse med et følgende gruppepress, hvor foreldre fra de andre familier trer støttende og oppmuntrende til. Dette gjøres ved hjelp av fellesmåltider, hvor det er mulighet for mange felles observasjoner av interaksjonen. Blant annet benyttes det å "bytte familie", slik at en ungdom kan bli "adoptert" av en annen familie eller forelder under et måltid, for på denne måten å bryte fastlåste mønstre og derved åpne opp for nye perspektiver og alternative løsninger.

Det er terapeutenes oppgave å støtte foreldrene i deres bestrebelser, ikke å opptre som rollemodeller eller på noen måte å ta over og forsøke å løse situasjonen.

I den andre fasen (etter 6 til 8 uker) fastholdes hovedvekten på å etablere et sunnere spisemønster, og viktigst, å oppnå en adekvat vekt eller å stabilisere denne. Gradvis skifter hovedfokus mot det relasjonelle samspillet i familien. Dette kan innbefatte familiehierarki, triangulering av den anorektiske ungdommen, problematiske allianser og koalisjoner, såkalte "familiehemmeligheter", spesifikke kommunikasjonsforstyrrelser, utilstrekkelig emosjonell involvering, høy grad av uttrykt kritikk fra foreldre mot barn og andre forhold.

I denne fasen utforskes anoreksiens "plass" og "rolle" i den nære og i den bredere familiekontekst og det fokuseres på å lære om og identifisere de "triks som anoreksien spiller". Mulige interne og eksterne ressurser utforskes og familiene oppmuntres til å tenke

over hvordan de kan nyttiggjøre seg disse. Familiemønstre - langvarige og på tvers av generasjoner - blir utforsket og utfordret, hvis de viser seg uhensiktsmessige. En viktig målsetting er å få foreldrene til å bli mer kompetente og å klare å hankses med konflikter i familien, så vel som å "lære å tilgi". Foreldrene blir oppmuntret til ikke å la seg paralysere av de følelsesmessige krenkelser som oppstår i tilknytning ungdommens spisevegring. Dette vil gi foreldrene en mulighet til å revurdere aspekter ved sitt eget liv, sine verdier og ambisjoner og samtidig kunne ta mer og mer ansvar for sitt barns bedring.

Den tredje fasen (9. til 12. måned) er orientert mot fremtiden, med fokus på hvordan å forebygge og identifisere signaler på tilbakefall. I denne fasen vil temaer som har å gjøre med personlig autonomi - også rundt temaene spising og "det er min kropp" - komme opp. Her utforskes konsekvensene av større selvstendighet og uavhengighet, både for ungdommen selv, og for de enkelte foreldre.

De første 8 til 10 behandlingsdagene er veldig strukturerte. Ut over de spesifikke flerfamiliegruppemodulene, hvor alle familiene er til stede i samme rom til samme tid, er der også andre aktiviteter parallelt, som foreldergrupper, ungdomsgrupper, avslapningsøvelser, middagstilberedning o.s.v.

Scholz et al. (2005) sier, at i den første fasen er den familieterapeutiske tilnærmingen overveiende influert av strukturelle teknikker (Minuchin and Fishman 1981). I annen og tredje fasen gjøres der bredt bruk av strategiske, Milano-systemiske (Boscolo et al. 1987), narrative (White 1997) og også løsningsfokuserte metoder (deShazer 1982).

Samlet har man følgende pragmatiske målsetting, som skal veilede terapeutene i deres arbeid med flerfamilieterapien (Scholz m. fl. 2005):

- Å få foreldre og ungdommer til å akseptere sykdommen, behovet for å behandle den og nødvendigheten av at foreldrene involverer seg i tilretteleggelsen av ungdommens spising.
- Å få den anorektiske ungdommen til å akseptere at hun ikke alene kan ha ansvaret for å komme seg ut av sin spiseforstyrrelse, men må tillate seg at foreldrene hennes hjelper til.
- Å få foreldrene til å innta en sentral rolle i ungdommens vektøkning gjennom en balansert ernæring og ved å minske annen anorektisk symptomatologi.

- Å støtte foreldrene til å få styrke til å hankses med de sykdomsspesifikke hverdagslige situasjoner, som å nekte å spise, overdreven diett, oppkast, hyperaktivitet, å tukle med vekten sin, misbruk av avføringsmidler og annen anorektisk atferd.
- Å påpeke konflikter i familien og konfliktutvikelse, så vel som å utfordre uhensiktsmessige forhandlinger og kompromisser omkring matinntaket, som foreldrene lar seg dra inn i.
- Å få foreldrene til å akseptere at først når ungdommens fysiske tilstand er forsvarlig ivaretatt, vil det være mulig å ta stilling til spørsmål om autonomi og selvstendighet.
- Å identifisere og påpeke problematisk interaksjon og kommunikasjon i familien, i første omgang knyttet til spørsmål rundt måltider, og senere knyttet til andre spørsmål rundt grenser og autonomi.
- Å utforske langvarige mønstre og trossystemer i familieforholdet, og disses respektive del i å opprettholde symptomatisk atferd.
- Å påpeke foreldrenes egne psykologiske problemstillinger eller andre relaterte spørsmål knyttet til ivaretagelse av omsorg.

4.2 Maudsleymodellen

Denne fremstillingen bygger dels på artikler som er referert til i teksten, dels på at jeg i 2005 har fulgt et treningsprogram initiert av South London and Maudsley NHS Trust ved Dr. Ivan Eisler, Reader in Family Psychology and Family Therapist and Consultant Clinical Psychologist og Pennie Fairbairn, Family Systemic Psychotherapist and Clinical Trainer. De har videre gitt meg tilgang til og tillatelse til å benytte meg av deres undervisningsmateriale.

Programmet strekker seg over et år. Det starter opp med en 4 dagers intensiv gruppesamling, som blir fulgt opp av 5-7 en dagers samlinger, hvor den første samling er 1-2 uker etter den intensive samlingen. Det tilbys familieterapi til de enkelte familiene innimellom, hvis det vurderes som nødvendig. Det etableres både medisinsk oppfølging samt tilbys individuell psykoterapi til den enkelte ungdom med spiseforstyrrelser.

Gruppene ledes av erfarne familieterapeuter. Til å ivareta deler av programmet henter man inn profesjonelle med spesiell kompetanse, eksempelvis på somatiske komplikasjoner knyttet til spiseforstyrrelser, kompetanse på handlingsorienterte aktiviteter samt kompetanse på kunst- og uttrykksterapi. Dare and Eisler (2000) sier at mesteparten av programmet består av

”samtaletterapi” med bruk av varierende innfallsvinkler: (1) psykoedukative teknikker, (2) familierapeutiske innfallsvinkler (narrativ, strukturell, Milano-systemisk og strategisk) og (3) gruppeterapeutiske intervensjoner rettet mot så vel interpersonelle prosesser som mot individuelle psykodynamikker. I tillegg benyttes aktiviteter som: modellering, skulpturering, psykodrama, rollespill og øvelser rettet mot ”forestillinger om fremtiden”.

En grunnleggende antakelse er, at i alle velfungerende familier, så vel som i alle sosiale systemer, finnes det adaptive mekanismer som gjør det mulig å finne en balanse mellom å opprettholde stabilitet og en ivaretagelse av de stadig endrede behovene hos hvert enkelt familiemedlem. Ved alvorlige og langvarige problemer som anoreksi, vil disse adaptive mekanismene mer eller mindre bryte sammen, og hos noen familier kan de ha vært svakt utviklet i forveien. Et vesentlig mål i behandlingen er å gjøre bruk av de adaptive mekanismene som er tilgjengelige i familien, både hos hver enkelt og i familien som helhet. (Eisler 2005)

Hver flerfamiliegruppe består av 6-8 familier. Alle pasienter og deres familier kommer først til et vurderingsmøte. Dette innbefatter en medisinsk og en psykiatrisk vurdering av ungdommen, en evaluering av diagnosen og alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelsen. Familiens organisering blir observert i forhold til en rekke faktorer som: livssyklus, transaksjonell struktur, kommunikasjon, affektivt system og oppfostring. I tillegg ønsker man å høre om familiens tidligere behandlingserfaringer med terapi av spiseforstyrrelsen, hvilke tanker de har rundt spiseforstyrrelsens natur og årsak, samt høre om deres forventninger til fremtidig behandling. Man er spesielt interesserte i å analysere den kampånd og kraft familien kan investere i en fremtidig involvering. Vurderingsmøtet beskrives som grunnleggende terapeutisk, idet man hele tiden søker å få identifisert styrke og ressurser som kan mobiliseres for å kunne tåle og holde ut med ungdommens spiseforstyrrelse. På grunnlag av vurderingsmøtet får familien og pasienten forelagt et tilbud om deltakelse i flerfamiliegruppe, som oftest med et supplerende, eller i noen tilfeller, med et forutgående behandlingstilbud (Dare and Eisler 2000).

Flerfamilieterapien starter med en introduksjonskveld. Her gis en beskrivelse av programmet med hovedvekt på målsetting og struktur for den første 4-dagers intensive samlingen. Det holdes et psykoedukativt innlegg av en lege eller sykepleier om de, overveiende fysiologiske, komplikasjoner som følger av underernæring. Deretter møtes familiene i mindre grupper hvor

de får mulighet for å presentere seg for hverandre og møtes med familier som allerede er i, eller har avsluttet programmet. Det avsluttes med muligheten til å stille spørsmål og få svar.

Maudsleys modell har 4 faser:

Fase 1: Etablering av den terapeutiske kontakt.

En distinkt og karakteristisk holdning hos terapeutene er at de ikke er opptatt av årsaker til problemets oppståen, men i stedet vektlegger at det primære mål er å bekjempe anoreksien. De understreker at grunnen til å møte familien samlet er, at familiemedlemmene ses på som helt nødvendige hjelpere i den prosess, som skal få ungdommen ut av spiseforstyrrelsen, og ikke at de er årsaken eller grunnen til problemet.

I denne innledende etablering av den terapeutiske kontakt er hovedfokus helt klart problemorientert. En vurdering av alvorlighetsgraden av problemet, dets historie og hva familien har gjort av forsøk på å takle det, blir kombinert med informasjon om komplikasjoner ved underernæring. Det dreier seg om fysiske komplikasjoner som blant annet osteoporose, innvirkning på sinnsstemning og kognitive prosesser, forsinket eller uteblitt menstruasjon og stagnasjon av vekst.

Beskrivelser av vekttap og annen symptomatisk atferd blir møtt med alvor og stor grad av bekymring. Hvis en jente med anoreksi, som det ofte er tilfellet, benekter problemet, vil terapeutene anerkjenne vanskeligheten ved hennes situasjon, men være tydelige på, at det å sikre hennes helse og sikkerhet vil komme i første rekke og at anoreksi er et for alvorlig problem til at man vil la tvilen komme henne til gode.

Man ønsker å skape en ramme hvor familiene skal føle seg tatt på alvor, føle seg ivaretatt og føle seg trygge nok til å tørre å prøve ut nye måter å takles med problemet. Man kontrasterer helt fra starten det faktum, at selv om terapeutene og det øvrige teamet har mye ekspertise på spiseforstyrrelser, har de ikke svaret på hva som må til for at hver enkelt familie selv skal kunne hankses med problemet.

Fase 2: Hjelpe familiene til å utfordre symptomene.

Den andre fasen i behandlingen er primært opptatt av å hankses med symptomene. Hos noen familier skjer dette rimelig raskt, mens det vanligvis er en gradvis, trinn for trinn prosess. Det er stor variasjon i hvordan familiene reagerer på den ide, at det er foreldrene som har den viktigste funksjon i forhold til å hankses med spiseforstyrrelsen. For de familier hvor problemet har en relativ kort historie, er det rimelig enkelt å akseptere at foreldre og ungdom i fellesskap må kjempe imot dette, som har invadert deres liv. Selv om ungdommen kan vise

stor bekymring og angst under måltidene, er det ikke uvanlig at hun (utenom måltidene) kan oppfordre foreldrene til ikke å gi opp.

For andre familier, hvor problemet har vart over lengre tid, og spesielt hvis forsøk på å konfrontere anoreksien har ført til åpen kritikk, fiendtlighet eller direkte til vold og trusler, vil familien ofte føle seg paralyisert, frustrert og sint på den terapeut som ikke hjelper dem med å unngå disse konfliktfylte situasjonene.

Det er i spisesituasjonen at symptomene tydeligst kommer til uttrykk og med et ”her og nå” fokus foretar man en detaljert utforsking. For eksempel, hvis måltidet viser seg å være en langstrakt forhandlingsrunde om hva som skal spises, vil terapeuten utfordre foreldrene på om hvorvidt de fører forhandlinger med den ”anorektiske stemmen” eller om de fører en diskusjon med ungdommen om rimelige alternativer. Terapeuten vil støtte foreldrene på at de vet hva som er en tilstrekkelig kost for deres datter og eventuelt tilby dem en kostplan, hvis familien tenker at det kan hjelpe dem til ikke å høre på ”den anorektiske stemmen” som taler for deres datter. Utforskingen av spisesituasjonen vil hele tiden utfordre den ide, at det er umulig for foreldrene å gjøre noe, og på dette tidspunktet vil foreldrene ofte komme med ønsker om å få en detaljert instruksjon om hva de skal gjøre. Disse ønskene vil best bli besvart med å beskrive hva andre familier har prøvd, samtidig som man understreker at det som var nyttig for en familie ikke nødvendigvis vil være til nytte for en annen.

Familiene blir oppfordret til å utveksle erfaringer om hvordan de opplever at spiseforstyrrelsen har underminert deres forelderrolle, om løsningsforsøk, om hva som har hjulpet og hva som ikke har hjulpet, om alternativer og om hva som gjør at man ikke prøver ut disse. I denne fasen vil man bruke muligheter, som for eksempel å spise sammen i en større gruppe med støtte av terapeutene, å rollespille en spisesituasjon hvor foreldre og ungdommer bytter roller, å ”bytte” familie, diskusjonsgruppe hvor foreldrene drøfter temaet: ”triks som anoreksien benytter” o.s.v. Så hvor familiene som oftest starter opp med en følelse av hjelpeløshet og en forventning om at det er de profesjonelle som skal levere løsningene, vil de i løpet av denne fasen oppleve en fornyet tro på deres egen evne til å finne sine egne løsninger.

Fase 3: Utforske individuelle og familiemessige spørsmål.

Denne fasen er den minst strukturerte og den minst forutsigbare del av behandlingen. Den begynner når bekymringene omkring spising og vekt har blitt mindre. Fokus utvides til å utforske hvilke konsekvenser det vil ha for aktiviteter og forhold i familien, nå når bedring er på vei. I begynnelsen vil foreldrene fortsatt nære bekymring ved endringer i spisemønstret og

vil være motvillige til å redusere sin årvåkenhet rundt spisesituasjonene. Hvis de opplever uenighet eller krangler med deres datter, vil de ha vansker med å skille mellom vanlig ungdomsatferd og anorektisk atferd.

Foreldrenes usikkerhet og deres motvillighet til å slippe kontrollen over vekt og spising faller ofte sammen med ungdommens egen frykt og usikkerhet om hvordan et liv uten anoreksi kommer til å bli. Derfor utforskes temaer som selvstendighet, uavhengighet, identitet og selvfølelse, så vel som at man har fokus på hvordan foreldrene kan ta være på sine egne behov. Det understrekes at man møter disse temaene ut ifra den ide at det er tale om normale, utviklingsmessige spørsmål som er blitt holdt igjen på grunn av anoreksien, og ikke som underliggende årsaker til anoreksien. Familiene vil ofte kommentere at det var som om at tiden sto stille og at det vanlige liv var mer eller mindre opphørt med å eksistere mens anoreksien dominerte familiens hverdag. Når først anoreksien slipper sitt grep kan familiene i begynnelsen ha en tendens til å se tilbake på tiden før anoreksien. Å se fremover føles mindre trygt og krever en del selvrefleksjon, som de under normale omstendigheter ikke ville ha vært i behov av.

Det er i denne fasen nyttig å utforske familiens historie, familiens verdisyn og familiens kulturelle kontekst, især med fokus på styrke, evne til å ta seg inn og fleksibilitet. De teknikkene som benyttes i dette arbeidet er alle sentrert rundt et tidsaspekt. For eksempel: (1) Å be ungdommene tenke seg tjue år frem i tiden hvor de skal skrive en artikkel (eller lage en videofilm) om hvordan de kom seg ut av anoreksien og hvordan deres liv og forhold til andre har forandret seg. (2) Skulpturere familien med og uten anoreksiens tilstedeværelse. (3) Lage en "tidslinje" som viser hvordan de enkelte familiemedlemmer vil bli påvirket av at anoreksien er på tilbakegang og hvordan deres behov da vil bli møtt. En annen form kan være å intervju ungdommer i sine foreldres rolle, mens foreldrene ser på bak et enveisspeil og etterpå be foreldrene reflektere over det de har hørt.

Det kan være at enkelte familier har behov for å kunne jobbe med problemstillingene i en mer tradisjonell familieterapi eller i en individualterapi.

Fase 4: Fremtidige planer og avslutning.

Avslutning av gruppen åpner opp for refleksjon over hvor hver enkelt familie står nå og over hva de har lært om seg selv. For noen familier betyr dette også en avslutning av behandlingen, mens det for andre kan være aktuelt å fortsette behandling i andre terapeutiske settinger.

For gruppekonteksten vil det være nyttig å understreke programmets sentrale ide, at det er familien selv, og ikke den profesjonelle, som har ansvar for hva som skjer i deres liv. Et

av de avsluttende temaer som belyses er de vanskeligheter som foreldrene kan oppleve ved å gi avkall på kontroll og i stedet gi ansvaret for spisingen over til ungdommen selv, som en del av det å vokse opp og bli selvstendig. Et annet tema er hvem som kan og bør handle hvis problemer knyttet til spiseforstyrrelsen gjenoppstår, herunder å oppsummere temaer fra tidligere, knyttet til usikkerhet og trygghet.

De artiklene (Dare & Eisler 2000, Scholz & Asen 2001, Eisler, Scholz et al. 2002, Le Grange & Asen 2003, Eisler 2005, Scholz et al. 2005), som er kommet fra, eller refererer til flerfamilieterapimodellene ved henholdsvis Dresden og Maudsley beskriver struktur og innhold i programmene, det vil si, at de først og fremst er praksisbeskrivelser - en enkelt er en manual (Scholz et al. 2002). Den eneste artikkelen som inneholder en teori for klinisk praksis er Eislers fra 2005.

I neste kapittel vil jeg først se på Eislers teori for klinisk praksis og dernest på den familieterapeutiske forståelsen av spiseforstyrrelser som har vært fremtredende i det norske fagmiljøet.

5. Å forstå spiseforstyrrelser

Jeg vil analysere både de norske terapeutenes praksis og modellene fra Dresden og Maudsley på bakgrunn av den familieterapeutiske tenkningen rundt spiseforstyrrelser som har tradisjon i Norge. Det vil derfor være relevant først å gi en nærmere presentasjon av Eislers (2005) **teori for klinisk praksis** som han omtaler som en empirisk og teoretisk basis for familieterapi og for flerfamilieterapi ved anorexia nervosa hos ungdom. Eislers artikkel er skrevet på grunnlag av erfaringene ved Maudsley.

Med utgangspunkt i Astri Johnsens bok *Vendepunkter* (1995) og Anne Rørs bok *Spiseforstyrrelser* (2006) vil jeg dernest gi en presentasjon av **spiseforstyrrelser og familieterapeutisk forståelse**. Disse to bøkene har tydelige familieterapeutiske innfallsvinkler på fenomenet spiseforstyrrelser og baserer seg på forfatternes årelange kliniske praksis i arbeidet med familier med et spiseforstyrret medlem.

5.1 En teori for klinisk praksis

Ivan Eisler (2005) henviser til sin gjennomgang av studier av effekt av familieterapi ved spiseforstyrrelser og til studier av familiefunksjon og spiseforstyrrelser. Han viser til at familieterapi ved anorexia nervosa har vært sterkt influert av teoretiske forklaringer på familieprosesser og at disse forklaringene innebærer at grunnen til at spiseforstyrrelser oppstår best kan forstås ut i fra disse familieprosessene. Han konkluderer at det er overbevisende evidens for at behandling utledet av disse teoretiske modellene er effektive, spesielt for ungdom og i mindre grad muligens også for voksne. På den annen side finner han ikke noen empirisk evidens i studier av familiefunksjonen, som støtter opp om disse teoretiske forklaringsmodeller fordi: (1) der er ingen konsistente funn som peker på spesifikke trekk i familien som kan assosieres med spiseforstyrrelser, og (2) i studier hvor sådanne trekk kan påvises, for eksempel mellom lavt konfliktnivå i familien og spiseforstyrrelser, holder disse ikke mål som krav til en forklaringsmodell der kan identifisere nødvendige betingelser for at en lidelse kan oppstå og utvikles.

Med denne påpeking foretar Eisler en kritikk av Minuchin's begrepsdannelse om 'den psykosomatiske familie', som utover å ha hatt stor betydning for behandlingen av anorexia nervosa videre har hatt en betydelig innflytelse på utviklingen av familieterapien, spesielt den strukturelle familieterapi. Eisler hevder at Minuchin's og andre tidligere teoretiske modeller generaliserer til å bli forklaringsmodeller og at den vesentligste begrensningen er deres fokus

på ætiologi. Han hevder at modeller som har fokus på hva som opprettholder symptomet vil være bedre egnet som veiledende i behandlingen enn modeller som har fokus på ætiologi.

I stedet for å ha fokus på hva som kjennetegner familier med et anorektisk medlem velger Eisler å ha fokus på de beskrivelser som familiene gir av deres erfaringer av å leve sammen med en person med anorexia nervosa. Han peker på at stort sett alle familier gir uttrykk for at spiseforstyrrelsen har tatt over så godt som alle aspekter av det daglige liv. Han finner det bemerkelsesverdig at det er såpass tydelige fellestrekk i den måten som familiene organiserer seg rundt problemet, selv om familiene er svært ulike.

Den prosess igjennom hvilken familier tilpasser seg alvorlige og langvarige problemer, og som er beskrevet i relasjon til alkoholmisbruk og kroniske psykiske lidelser, mener han er like relevant for familier som lever med anorexia nervosa. Over tid vil problemene rundt spisingen, angsten og bekymringen for hvordan man skal takle dette, fullstendig dominere alle aspekter av familiens liv, relasjonene mellom familiemedlemmene og de daglige rutinene. Steinglass (1998) har beskrevet hvordan familier med en person som har en kronisk sykdom reorganiserer seg rundt sykdommen. Han beskriver dette som en prosess med et økende sammenbrudd av daglige rutiner, med et sammenbrudd av de vanlige regulerende mekanismene i familien, hvor de daglige beslutningene blir mer og mer vanskeliggjort helt til det punkt hvor problemet blir *det sentrale organiserende prinsipp* for familiens daglige liv.

Familier som forsøker å hankses med et spiseproblem vil ofte si at det føles som om tiden er stoppet opp og at alt bare dreier seg om spiseforstyrrelsen. Måten som disse familiene vil svare på denne invasjon av deres liv vil være avhengig av måten familien har organisert seg på, den enkelte families stil og stadiet av livssyklus familien befinner seg på når lidelsen inntreffer. Uansett, som med andre lidelser, er det liten variasjon i hvordan spiseforstyrrelsens sentrale posisjon vil forsterke visse sider av familiens dynamikk og innsnevre spekteret av adaptive handlinger. Eisler gir uttrykk for, at det å forstå hvordan familiene reorganiserer seg rundt et problem ut fra et behandlingmessig synspunkt er langt mer vesentlig enn å vite hvordan problemet er oppstått delvis fordi at den måten som familien fungerer på i dag kan være blitt en del av det som opprettholder problemet og delvis fordi at det kan ha begrenset familiens evne til å benytte sine adaptive mekanismer til å motvirke problemet.

Eisler (2005) setter opp 6 aspekter ved familiers reorganisering og begrunner disse:

1. Symptomets sentrale rolle i familiens liv.

Den overopptatthet av tanker om mat og vekt som er så manifest hos en person med anoreksi finner sin parallell i den måten temaer rundt mat og spising blir sentrale i familien.

Etterhånden kan det virke som at alle relasjoner i familien blir definert av dette. Det blir den 'gyldige' måten å inngå i relasjoner og det blir den måten man vurderer kvaliteten av relasjonen. Mye av interaksjonen mellom familiemedlemmene fokuserer på mat, spising og vekt. På samme måten som ungdommen med anoreksi vil bedømme sitt selvverd etter i hvilken grad hun er i stand til å motstå å spise, på samme måten vil de interpersonelle relasjoner dreie seg om mat. (*'hvis du forsto meg, ville du ikke presse meg til å spise', 'du spiser ikke bare for å kritisere oss', 'det er ingen som bryr seg om jeg spiser eller ikke'*).

2. Innsnevring av tidsfokus til 'her og nå'.

Problemets livstruende alvorlighetsgrad skaper angst og sammen med den intensitet som er omkring måltidene betyr dette at familiene etterhånden blir ute av stand til å ha fokus på noe annet enn det øyeblikkelige. Hva som kommer til å skje ved det neste måltidet, eller sågar den neste munnfull, blir enormt viktig. Denne intense overopptatthet av det øyeblikkelige betyr at det å ikke lykkes med måltidet blir for overveldende. Dette kan spille seg ut på forskjellige måter i forskjellige familier. Familier som har tendens til å unngå konflikt kan oppleve enhver form for argumentasjon som en potensiell katastrofe som må unngås for enhver pris. Hos andre familier som er vant med konflikt kan dette medføre intens opplevelse av skam og skyld.

3. Innskrenking av tilgjengelige mønstre i familiens interaksjonsprosess.

Mangelen på fleksibilitet i familiens måte å fungere på blir ofte fremhevet i teoretiske redegjørelser om familiefunksjon. Det som vektlegges er nødvendigheten av fleksibilitet for at familien skal kunne handskes med livssyklusendringer. Men selv om man ser rigiditet i den aktuelle interaksjon, kan man ikke dermed si at familien har vansker med å hankses med livssyklusendringer. Hvorvidt mangel på fleksibilitet er en allerede eksisterende faktor som har en medvirkende rolle i utviklingen av spiseforstyrrelsen eller om det er en respons på problemet kan være vanskelig å finne ut. Uansett vil det ofte være en av de mest åpenbare ting man ser, når man møter familien. Familiene fremstår ofte 'fastfrosne', redde for å gjøre

noe ut over det vanlige. Mange familier kommenterer selv på dette. De vet at det de gjør ikke hjelper men de er redde for at hvis de gjør noe annet vil det bare forverre situasjonen.

4. Forsterkning av visse aspekter av familiefunksjonen.

I møtet med det smertefulle og angstfylte i den anorektiske atferdens natur vil visse aspekter i den familiemessige organiseringen tre frem. Det vil være enkelt å anta at det vi observerer er en manifestasjon av familiemessig dysfunksjon snarere enn en tilpasning til problemet. For eksempel vil det i mange familier være en tettere tilknytning mellom en av foreldrene og barna enn mellom den andre forelderen og barna.

Når man står overfor en livstruende sykdom kan visse aspekter bli ekstreme og kan oppleves som en del av problemet (*'hvis bare min mann ville være mer tilstede så ville jeg ikke bli så involvert i min datter, men problemet er at han ikke egentlig forstår og når han forsøker å hjelpe til blir det som regel bare verre'*). I noen tilfeller kan dette være blitt et problem i seg selv og alt annet like er der selvfølgelig familier hvor familieproblemer har vært tilstede før utviklingen av spiseforstyrrelsen. Så hvor det vil være viktig å forstå hvordan disse problemene er viklet inn i hverandre vil det være vel så viktig å understreke deres atskilthet (eksempelvis, at det ene ikke er årsak til det annet og dermed indikere at ved å få bukt med det ene løser man det annet).

Eisler nevner at et godt eksempel på dette er den vanlige observasjon klinikere gjør av problemer mellom ektefellene, problemer som kan være alt fra distansering og anspenthet til åpen krangling og fiendtlighet. Det kan være fristende for klinikerens å anta at det er i ekteskapet det 'egentlige' problemet ligger og at spiseproblemet har den funksjon å holde familien samlet. I mange tilfeller vil det vi observerer ikke være annet enn at den normale livssyklusstilpasning er blitt mer synlig under innflytelse av et livstruende problem. Foreldre som har barn som er på vei inn i ungdomstiden og som er ved å flytte hjemmefra, vil bli mer fokusert på deres eget samliv og vil gradvis bli mer oppmerksomme på at det tette samspillet de har hatt som foreldre og oppdragere har endret seg og de må finne nye måter å være par på (*'a twosome rather than a threesome or moresome'* (s. 117)). Hvis dette skjer i en kontekst av bekymring over deres datters sykdom vil de kunne begynne å bebreide deres 'ikke gode nok forhold', hvilket i sin tur kan forøke avstanden mellom dem. I noen tilfeller kan ungdommen bli dratt inn i den ekteskapelige diskusjonen og spiseproblemet kan få en medierende rolle og noen ganger avholde foreldrene fra å bryte fullstendig. Hvis ektefellenes uenighet har vært til stede før spiseforstyrrelsen vil tilbøyeligheten til å legge skylden på denne være større, men

ikke desto mindre feilaktig, så vel som å konkludere med at parterapi vil være løsningen på spiseproblemet.

5. Nedsatt evne til å møte livssyklusutfordringer.

De ovenfor beskrevne prosessene vil alle gjøre det ytterst vanskelig å forholde seg til de enkelte familiemedlemmers skiftende behov og forhindrer dermed familien i å foreta de nødvendige tilpasninger til å kunne gå igjennom livssyklus forandringer.

6. Tap av opplevelsen av å kunne handle (hjelpeløshet).

På det tidspunkt hvor familier søker behandling for deres datter vil de uten unntak føle seg hjelpeløse og desperate. Anorexia nervosa er av noen blitt beskrevet som 'en lidelse preget av kontroll'. Flere andre har vektlagt denne kampen om kontroll og at anoreksi kan gi personen den ide at det bare er gjennom å ikke spise at hun kan oppnå kontroll. Det som er mest slående er imidlertid at alle i familien gir uttrykk for at de opplever at de har mistet kontrollen over deres liv. Å vinne kampen imot sulten kan gi ungdommen en kortvarig følelse av mestring og kontroll, men den kampen rundt maten som gjentar seg ved hvert måltid har den motsatte effekten, uansett hvor suksessfull hun har vært i å motstå foreldrenes formaninger om å spise. Tilsvarende vil foreldrene berette at de føler seg hjelpeløse og at de ikke har noen kontroll over hva deres datter fortar seg og at kampen om kontroll over maten etterlater dem med en opplevelse av ikke å ha kontroll over noen verdens ting mer.

Eisler setter følgende mål for behandlingsmessig intervensjon:

- Å mobilisere familien som en ressurs.
- Å ha som sentralt fokus å hjelpe familien til å finne løsninger.
- Å gi informasjon.
- Å skille mellom ekspertise på spiseforstyrrelser og ekspertise på familier.
- Å utfordre ufunksjonelle familieideer, oppfattelser og meninger (eksempelvis: ideer om skyld og bebreidelser)
- Å blokkere symptomets sentrale rolle i familiens organisering.
- Å gjenopprette familiens adaptive prosess for at den kan ivareta passende utviklingsmessige livssyklusforandringer.

5.2 Spiseforstyrrelser og familierapeutisk forståelse

Astri Johnsen's bok *Vendepunkter* og Anne Røer's *Spiseforstyrrelser* danner grunnlaget for dette avsnitt i kapitlet. Johnsen og Røer har samarbeidet ved Institutt for Familierapi siden begynnelsen av 80-årene og deres tidlige interesse for spiseforstyrrelser og familierapi har i høy grad preget feltet her i Norge.

Johnsen (1995) skriver at:

”spiseforstyrrelser har vært betraktet som uttrykk for et samspill som oppstår i skjæringspunktet mellom individ, familie og samfunn. Spiseforstyrrelser kan ikke lenger knyttes til en bestemt personlighetstype... Heller ikke kan vi plassere dem som tilhørende en bestemt familietype....” (s.16).

På spørsmålet om: ”Hva (som) er viktigst, vennene, kulturen eller familien?” skriver Røer (2006) at familien alltid er den grunnleggende scenen:

”Selv om problemer med jevnaldrende og press fra kulturen er viktig, viser disse problemene seg på en bakgrunn. Bakgrunnen er familien og de nære relasjonene – de betydningsfulle andre. Hva som er forgrunn og hva som er bakgrunn veksler hele tiden. Det er et samspill mellom hendelsene utenfor og hendelsene innenfor familien” (s.52).

Johnsen (1995) plasserer spiseforstyrrelser under det vi kan kalde kulturdeterminerte symptomer. Når en bestemt adferd får oppmerksomhet og beskrives som sykdom drar den til seg en rekke symptomer som tidligere har savnet tilhørighet. Denne legitimeringen kan siden i seg selv styre sykdomsutførelsen. Problemer som tidligere har fått utløp på andre måter, kan da komme til uttrykk gjennom et relativt enhetlig symptom-bilde. Man kan si at samfunnet gjennom legitimering anviser mulige veier til å løse eller uttrykke et problem” (s.11).

Videre skriver hun at:

”Oppmerksomheten og legitimeringen av anoreksi og bulimi som sykdom har negative så vel som positive virkninger.....Når et sykdomsbilde blir diskutert og spredd, blir det en akseptert uttrykksmåte. Faren ved en slik legitimering er at følelser kan bli tingliggjort. Refrenget kan bli: ’Jeg har en spiseforstyrrelse’, istedenfor en erkjennelse av at en sliter med lav selvfølelse, spørsmål om egen identitet og forhold til andre mennesker” (s.12).

Johnsen har kaldt sin bok for ”Vendepunkter” for at understreke at spiseforstyrrelser er uttrykk for en krise som igjen kan bli et avgjørende vendepunkt i et individs og en families liv og utvikling.

Rør (2006) understreker spiseforstyrrelsens karakter av kommunikasjon til omgivelsene:

”Spiseforstyrrelser er symptomer som er meningsbærende signaler til omgivelsene om sammenbrudd og krise. Pasientenes *prosjekt* er bevisst eller ubevisst at krisen skal fanges opp av omgivelsene” (s.16).

Spiseforstyrrelser kan ses som analog kommunikasjon av en indre smertefull tilstand i situasjoner eller miljøer hvor andre uttrykksformer blir forhindret eller der det mangler direkte tilgang til reflektert, personlig samtale. Dermed kan pasientens ubevisste prosjekt være å kommunisere sin indre krise gjennom til dels dramatiske symptomer. Rør sier videre at:

”Før symptomenes budskap er fanget opp og bearbeidet av omgivelsene, vil pasientene tviholde på sine symptomer. De føler spiseforstyrrelsen som sitt halmstrå. Å oppgi symptomene uten å bli forstått og ivaretatt er umulig” (s.27).

Spiseforstyrrelser kan som regel knyttes til typiske overgangsfaser i ungdomslivet. Det disse overgangene har felles, er at ungdommen møter nye krav og ansvar, reglene for hva som gir prestige og kontakt endres, og løsrivelsen fra hjemmet tar fart. De fleste pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser har opplevd et fall i sosial posisjon. Et fall i det sosiale hierarkiet og trusselen om utestenging er svært alvorlige trusler mot identitetsdannelse og kan være viktigere enn relasjonene i familien (Johnsen 2004).

Også overgangen fra beskyttet og strukturert skoleliv til livet som ung voksen er en utfordrende tid. De store valgmulighetene, de sosiale og økonomiske ambisjonene og krav til vellykkethet i kulturen gjør mange handlingslammet. Livet virker formålsløst innenfor det ”vanlige” og uten en identitet som spesiell er man ingenting. Angsten for ikke å skille seg ut stikker dypt hos mange unge og representerer en slags fremtidsangst som er alminnelig hos pasienter med spiseforstyrrelser fra prepubertet (Rør 2006).

Det finnes forskjellige måter å forstå spiseforstyrrelser på i en familierapeutisk sammenheng. Johnsen skriver at man i systemisk familierapi har:

”vært opptatt av å knytte symptomer til samspill. Dette samspillet er så igjen blitt forstått i forhold til repeterende atferdsmønstre eller interaksjonsmønstre, i forhold til premisser og myter, og til språk og historie.” (Johnsen 1995. s.16)

Johnsen velger å ta utgangspunkt i følgende antagelser om symptomer og samspill:

1. Symptomet som løsning og hjelper

Denne antagelsen knytter seg til den Milano-orienterte familiterapi som ser symptomer som løsninger, gjerne knyttet til dilemmaer omkring et familiepremiss (s.16). Ut fra et systemisk synspunkt kan symptomer forstås som uttrykk for løsningsforsøk knyttet til konflikter, spenninger, motsetninger eller uløste dilemmaer i en familie. Symptomer kan skape en balanse mellom to motstridende krefter i familien, stabilitet og endring. De kan fungere som en bremse, et signal, som gir tid til å finne nye løsninger.

2. Løsningen som problem

Ut fra denne antagelsen tenker man seg at problemene blir opprettholdt av den atferd som forsøker løse dem. Løsningsforsøkene utgjør til slutt problemene. Representanter for denne antagelsen finner vi innenfor MRI-gruppen, representert ved Watzlawick, Weakland, Fisch, Haley og Bodin (s.17). Oppmerksomheten rettes mot hva som opprettholder et system, ikke hvordan det er oppstått. Problemer skaper selvforsterkende sirkler som involverer alle familiemedlemmene. I forhold til spiseproblemer betyr dette at oppmerksomheten rettes mot de interaksjonsmønstre, særlig de konkrete atferdsmønstre, som utvikles rundt spiseatferden (s.20). Når situasjoner har utviklet seg til stereotype og repeterende handlingsmønstre, er det nyttig å introdusere begrepet *onde sirkler*.

3. Symptomer som fiende

Antagelsen om symptomer som hindringer, fiende eller undertrykkere, er utviklet av den australske familiterapeuten Michael White. Personen undertrykkes ved å identifiseres med sitt problem, det skjer en objektivisering av personen. Historien eller det narrative forløp er sentrale begreper innenfor denne tilnærmingen.

4. Navnet er problemet

Det er de ideer som oppstår omkring et problem, som er problemet. Antagelsen om at problemer er knyttet til språket er tydeligst utviklet av Harry Goolishian og hans gruppe i Galveston.

Også Rør skriver at der finnes forskjellige måter å forstå familiens betydning på og at familierapiens historie handler om å se familien gjennom ganske forskjellige briller. Alle kan være nyttige, hver for seg eller sammen. De kompletterer hverandre og danner en helhet, et multivers (s.52-53). Som de mest fremtredende familierapeutiske tilnærminger nevner Rør:

1. Strategisk familieforståelse

I et historisk perspektiv er det innenfor strategisk familierapi at vi møter det første bidraget til å forstå familiens betydning for utvikling av spiseforstyrrelser (svarer til pkt. 2 *Løsningen som problem* hos Johnsen). Her ses symptomer som kommunikasjon og ut ifra denne ideen beskrives spiseforstyrrelser som funksjonelle, som prosjekt. Spiseforstyrrelser representerer i den strategiske tenkningen en form for kommunikasjon som er en del av en gjensidig kamp om kontroll i familien.

2. Strukturell familieforståelse

Minuchin (1978) beskrev den psykosomatiske familien og spiseforstyrrelser ses innenfor denne rammen. Disse familiene ble beskrevet som preget av sammensmelting, hvor følelsene strømmet mellom individene uten filter samtidig som åpen kommunikasjon var undertrykt. Det som ikke kunne kommuniseres var ofte allianser og koalisjoner på tvers av generasjonsgrensene, konflikter og hemmeligheter. Barn kunne for eksempel være trukket inn i parforholdet mellom foreldrene (triangulering). Familiene hadde gjerne rigide grenser utad, diffuse grenser innad. Man så psykiske lidelser som metaforiske uttrykk for uklare emosjonelle relasjoner i familien. Spiseforstyrrelser kunne være pasientens budskap om at familien befant seg i en krise hvor vekst og løsrivelse var blokkert (Rør 2006. s.54).

3. Systemisk familieforståelse

Systemiske terapeuter, her representert ved Milano-skolen ser mellommenneskelig atferd i lys av pasientens kart over sin livssituasjon og deres forklaringer på det som skjer. Pasientene har ofte kart og forklaringer som er uhensiktsmessige eller destruktive. Destruktive forklaringer

er forklaringer av atferd og hendelser som inneholder motsigelser, er mangelfulle eller forvirrende. Når anorektikeren forklarer sin anoreksi med følelsen av å være fet, har hun en mangelfull og forvirrende forklaring og et uegnet kart over sin situasjon. Forklaringer kan også være destruktive dersom de er i konflikt med andres forklaringer og fører til konflikt, som at far kan mene at datteren har anoreksi fordi mor er for ettergivende, mens mor mener det er fordi far er for autoritær. Forklaringer kan også være uhensiktsmessige dersom de er basert på elementer som ikke gir mulighet for endring. Eksempler kan være forklaringer som definerer psykiske problemer som nedarvet eller uttrykk for 'svak karakter' (s.55).

Spiseforstyrrelser blir i systemisk familieterapi gjerne definert som sultestreik. En slik definisjon gir antydning om at atferden har en relasjonell mening. En sultestreik er rettet mot noen for å oppnå noe. (svarer til pkt 1 *Symptomet som løsning og hjelper* hos Johnsen).

Med familiepremiss forstås dypt inngrodd eller grunnleggende forestillinger en familie har om seg selv og om hverandre. Disse forestillingene påvirker igjen samhandlingen mellom familiemedlemmene. Vi kan si at familiepremiss rommer både begrepet familiemyter og familieregler. Mytene refererer seg til de underliggende forestillinger som påvirker virkelighetsoppfattelsen. Familieregler har mer påbudskarakter og styrer atferdsmønstre i familien (Johnsen 1995. s.31). Premisser som regulerer atferd og relasjoner i familier hvor en har en spiseforstyrrelse, er gjerne regler for hvordan følelser skal kommuniseres, gjerne i form av forbud mot streke uttrykk. Mer skjulte og ubevisste premisser kan for eksempel være regler om vellykkethet og lykke. Ungdom med spiseforstyrrelser føler ofte forventninger om at de skal være vellykket og lykkelige for å gi mening til foreldrenes liv - et vanskelig premiss å oppfylle (Boscolo et al. 1987). Astri Johnsen (2000) er opptatt av at premissene reflekterer en enten-eller-holdning som finnes i disse familiene og som også finnes i kulturen. Man er enten tilknyttet eller løsrevet, enten god eller ond. Enten-eller-holdningen er med på å gjøre det vanskelig for disse familiene å løse konflikter og kunne utvikle seg normalt gjennom livsfaser (Røer 2006. s.57).

4. Narrativ familieforståelse

Hvert medlem av en familie har sin historie. Familiens omgivelser, slektninger og bekjenskaper har sine versjoner. I møtet mellom disse versjonene formes familieliv og individuell utvikling. Vårt bilde av virkeligheten er forankret i våre historier om oss selv og de andre. Symptomer former våre beskrivelser av oss selv og de andre og fører til negative, problemmettede historier (Røer 2006. s.58).

Utgangspunktet for den narrative familieterapi er at personen selv/og eller omgivelsene setter likhetstegn mellom personen og problemet. Dette reflekteres allerede i vår språkbruk: hun *er* anorektisk eller *har* anoreksi. Personer med anoreksi eller bulimi identifiserer seg selv med spiseproblemene og opplever disse som en del av sin personlighet. Nettopp derfor bli det viktig å skille mellom personen og problemet. Andre gjør også ofte det samme som pasienten, nemlig ser på personen som anorektiker eller bulimiker, og dette blir en slags personlighetsbeskrivelse på bekostning av andre sider av personligheten (Johnsen 1995. s.23).

Gjennom eksternalisering av problemet forsøker man å skille mellom pasientens opplevelse av seg selv som person, og opplevelsen av problemet. Gjennom å undersøke hvordan symptomet influerer på pasienten og familien, kan symptomets bremsende eller hindrende virkning på familie og pasient komme frem. Denne problemmettede historien kalles for 'den dominerende historien'. Familien og pasienten blir blind for de situasjoner hvor problemet faktisk mestres, unngås eller ikke oppstår når det kunne være forventet. Ved å utforske disse unntakene kan grunnlaget for en alternativ historie dannes. Forskjellige måter som personen selv og de andre familiemedlemmene kan influere på situasjonen på, undersøkes, og slik åpnes muligheten for alternative løsninger (s.23-24). (Svarer til 3 *Symptomer som fiende* hos Johnsen).

Rør skriver at:

"Terapeutisk arbeid med kart, forklaringer, premisser og narrativer kan alle beskrives som kognitive og relasjonelle tilnærminger til psykiske lidelser. Gjennom disse begrepene settes søkelyset på indre kognitive bilder som styrer atferd, og mindre på emosjonelle drivkrefter. Forskjellen mellom disse retningene ligger særlig i oppfatningen av terapeutens rolle; fra Minuchins kunnskapsrike ekspert via Milano-skolens sokratiske katalysator til alliert, likestilt medforfatter (s.59).

Rør sammenfatter med å skrive at de forskjellige fasene i familieterapiens historie alle har noen nyttige synsvinkler og metoder som til sammen danner en bredspektret tilnærming til spiseforstyrrelser. Minuchin (1996) har argumentert for en eklektisk holdning og hevder at familieterapiens forskjellige faser representerer forskjellige og nødvendige linser som til sammen kan utgjøre en helhetlig forståelse av spiseforstyrrelser (s.63).

Oppsummerende viser Johnsen og Rør til symptomets meningsbærende og kommunikative funksjon som et budskap om krise og sammenbrud og at pasientens prosjekt er at dette budskapet skal fanges opp av omgivelsene. De understreker at før budskapet er fanget opp og bearbeidet vil pasientene tviholde på sine symptomer.

I tilnærmingen til familien vil fokus bli rettet mot samspillet og familiens evne til fleksibilitet og omstilling til nye og endrede livssituasjoner – i fortid, nåtid og forventet fremtid.

Fordi spiseforstyrrelser som regel kan knyttes til typiske overgangfaser i ungdomslivet vil fokus også bli rettet mot den sosiale og kulturelle sammenhengen som ungdommen og familien ellers inngår i.

På sin side argumenterer Eisler for et her og nå fokus da han mener at familiens nåværende fungering best kan forstås som en reorganisering rundt symptomet. Han viser til at de prosesser som gjør seg gjeldende i familier med kronisk syke er like relevante for familier som lever med anoreksi.

Dermed blir fokus rettet mot hva som opprettholder symptomet og man tilstreber å få frem beskrivelser av hvordan det er å leve sammen med en person som har anoreksi. Eisler anbefaler at tiltakene først og fremst retter seg mot å blokkere symptomets sentrale rolle i familiens organisering for dermed å gjenopprette familiens adaptive prosess slik at den kan ivareta passende utviklingsmessige livssyklusforandringer.

6. Om oppstart av de norske gruppene

De fire terapeuter, som er blitt intervjuet, har parvis har ledet hver sine grupper. Dette var de to første gruppene som ble startet opp her i Norge. Forut for oppstart har terapeutene deltatt i et opplærings- og treningsprogram fra Maudsley og har en grundig viten om modellen derfra, ut over det har de et godt kjennskap til modellen fra Dresden. Det er i første rekke modellen fra Maudsley og strukturen derfra, som har ligget til grunn for planleggingen i de to gruppene. Det har vært vesentlig for terapeutene å høste sine egne erfaringer og tilpasse strukturen til sine lokale forhold.

I uken før den første gruppesamlingen hadde begge gruppene et informasjonsmøte hvor formålet for gruppene ble presentert. Terapeutene har vektlagt at presentasjonen skulle formidle en trygghet rundt opplegget ved å gi informasjon om rammene og strukturen for samlingene. Det ble gitt en generell informasjon om spiseforstyrrelser og om alvorlighetsgraden av tilstanden ut i fra et overveiende medisinskfaglig synspunkt. Den ene gruppen hadde inkludert et kort undervisningsopplegg ved en ernæringsspesialist. På dette møtet var det første gang at terapeutene sammen traff samtlige deltakende familier og det var første gang at familiene traff hverandre.

Når jeg spør terapeutene i de norske gruppene om formålet med flerfamiliegruppeterapien kan svarene sammenfattes med: *Å møtes med andre familier i samme situasjon, for å bryte isolasjonen, dele erfaringer og få gruppens støtte til å reetablere familiens egen kompetanse.*

Det finnes tallrike beskrivelser av hvordan familier med et spiseforstyrret medlem lukker seg om seg selv (Asen et. al. 2001; Dare & Eisler 2000, 1995; Dare et. al. 1995; Eisler 2005, 1995; Eisler et. al. 2003; Minuchin 1978; Scholtz et al. 2005, 2002; Slagermann & Yager 1989). Det er disse beskrivelsene som er utgangspunktet for etablering av flerfamiliegruppene og som danner grunnlaget for Eislers teori for klinisk praksis (Eisler 2005 og kap. 5 i denne oppgaven). Noe av det felles i disse beskrivelser er at ungdom med spiseforstyrrelser marginaliserer seg i forhold til venner, skole og det sosiale liv ellers. At familiens indre liv blir preget av en tilbakeholdt redsel for at situasjonen skal utvikle seg til det verre, hvilket som oftest betyr at man forsøker å unngå situasjoner som skaper konflikt eller uenighet. At familiene pålegger seg selv et regime av 'hensynstaken til den syke', en hensynstaken som er vagt formulert og uklart begrunnet og som i første omgang forsterker

opplevelsen av skam og skyld og i neste omgang forsterker isolasjonen. At søsken slutter å ta venner med hjem og i større grad selv søker ut av hjemmet. At familien sjeldent beveger seg utenfor hjemmet og at besteforeldre, andre familiemedlemmer og venner ikke kommer på besøk lengre, blant annet av redsel for å skulle si noe 'feil' eller å skulle komme til å se på ungdommen med 'et feil blikk'.

I gruppene var det første gangen at familiene fikk møte andre familier i samme situasjon og med liknende erfaringer og det var første gangen de opplevde å kunne dele disse erfaringene med andre. Terapeutene beretter at det i begynnelsen var stor tilbakeholdenhet med å fortelle om sine erfaringer. Dels var disse belagt med stor skam, tilsatt en bekymring for å 'henge ungdommen ut', samt redselen for anklager og bebreidelser. Terapeutene gir uttrykk for at familiene opplevde en stor lettelse ved langsomt å få åpnet opp for sine beretninger, og at dette skapte et klima av sammenhørighet og fellesskap. De sier videre at gruppen har som formål å understøtte foreldrene i det "å tørre å stå i det", å tørre å ta valg på egne og på familiens vegne. I gruppen har man følgelig fokus på foreldrene og på deres ansvar for å skape trygghet og forutsigbarhet i familien. Med dette legges det opp til en tydelig avgrensning av roller og forelderansvar – at foreldrene må "ta tilbake sin gamle posisjon igjen".

Til familiene sier terapeutene at endringer kommer til å skje hjemme og at formålet med gruppen er å understøtte at disse endringene kan skje. I første rekke handler det om å ta kontroll over spisesituasjonen og man understreker at dette er et ansvar som foreldrene må påta seg og ikke overlate til ungdommene.

Det blir understreket av terapeutene, før oppstart av gruppen og gjentatt under de første samlingene, at ved at familiene, eller rettere foreldrene, har valgt å delta i flerfamiliegruppeterapi har de allerede tatt det valg å ha ungdommene hjemme i stedet for å ha dem innlagt på en døgnavdeling. Gruppens formål er å understøtte dette valget og åpne opp for mulige løsninger for at dette kan gjennomføres. Familiene blir oppfordret til å vurdere mulige løsninger og forslag i forhold til hva som passer dem selv og deres familiære forhold i øvrig. Man forteller til familiene at det å være flere familier sammen øker idétilfanget og gir en mulighet for å legge til eller videreutvikle nye ideer. Man kan høre om hva andre har gjort, spørre om tankene bak det de gjorde, høre om erfaringene deres og ta opp til vurdering om noen av disse nye tingene kan være til nytte for ens egen familie. Endelig kan man komme

tilbake til gruppen og fortelle om nye ting man har forsøkt og om dette har vist seg å fungere. Å se og høre om endringer hos andre gir håp og mot til selv å prøve noe nytt, eller til å holde ut over noe lengre tid.

Terapeutene har et spesielt fokus på søsken i familien og har valgt å synliggjøre dem ved å ha egne temaer om søsken og deres posisjon i familien. Man oppfordrer familiene til å holde kommunikasjonen åpen og direkte, slik at alle disse 'hensynene' og begrensningene som søsken enten er blitt pålagt eller har pålagt seg selv blir problematisert og stilt spørsmål ved, for at de i sin tur kan bli tatt stilling til. Foreldrene oppfordres til å støtte søsken til å ta vare på seg selv og deres sosiale nettverk.

Fra Maudsleygruppen anbefales det å ta utgangspunkt i der familiene er, altså der de opplever problemet som størst og å ta utgangspunkt i det mest fastlåste. Å ta utgangspunkt i der familiene er, handler dels om å få åpnet opp for de temaer familiene sitter mitt opp i og som de ikke har hatt mulighet for eller mot til å verbalisere tidligere og å få disse temaene beskrevet på en måte som ikke forsterker følelsen av skyld og skam. Dels handler det om å få gjort dette på en måte som gir mulighet for innlevelse og involvering. For å sette familiene i kontakt rundt de ulike temaene valgte man å benytte seg av forskjellige setninger, som å dele den store gruppen opp i mindre grupper. 3 typer grupper viste seg å være felles for de to flerfamiliegruppene. Det var foreldergrupper, grupper for jentene med spiseforstyrrelse og søskengrupper. Den ene flerfamiliegruppen dannet også en mødregruppe, en fedregruppe og en fedre-døtregruppe. Disse gruppene var som oftest samlet om et tema og var enten strukturert omkring samtale, kreative aktiviteter eller øvelser og oppgaver. Det var vanlig at disse mindre gruppene gav en tilbakemelding om deres prosess til den større gruppen.

Det var terapeutenes oppfatning at disse mindre gruppene skapte større aktivitet hos deltakerne enn i den store gruppen, samtidig som det gav deltakerne en mulighet for å identifisere seg med de andres erfaringer som henholdsvis far, mor, forelder, bror, søster og ungdom. Terapeutenes rolle var å sortere ut temaer og etterspørre et fellesskap rundt disse. Temaene var blant annet markering av grenser, roller i familien og spørsmål om inkludering og ekskludering.

7. Historiene til familiene

I terapi vil man ofte være opptatt av historiers pragmatiske side, forstått på den måten at de fortalte historiene settes inn i en ramme og i en sammenheng som gjør at historiene fremstår som meningsfulle. Ved å se på terapeutenes tilnærming til familienes historier vil den meningssammenheng som flerfamiliegruppeterapien formidler bli forsøkt tydeliggjort.

7.1 Å åpne opp for historiene

Gjennomgående i materialet fra terapeutene fins det henvisninger til å åpne opp for familienes historier, slik at de kan bli delt mellom familiene og kommentert i gruppen.

”Redselen er så stor, at de blir gående i et mønster, hvor de ikke gjør noe, av redsel for at det skal bli verre. De har lissom funnet en slags balanse der...og der befinner vi oss...og så beholder vi det sånn.”

”Terapeuten må kunne se åpninger, forstå prosessen og ikke sitte med ferdige løsninger og svar, men i stedet være undrende, spørrende og tilgjengelig for tanker og refleksjoner, man kan ikke bare sitte å nikke forståelsesfullt på hodet. Denne holdningen er i seg selv bevegende...smittsom...og er også en annen måte å forholde seg på enn de fleste familiene er vant med.”

”Mye ligger i holdningen, i måten å spørre på – å se etter åpninger, være undrende og nysgjerrig og skape et forum for refleksjon.”

”Dette betydde at den som fortalte ble grepet av de andres nysgjerrighet på ens historie og denne nysgjerrigheten åpnet opp for at man selv ble aktiv i å utforske sin historie. Så etterhånden begynte familiene mer å snakke om egne liv og dermed ønsket om å ta tilbake litt av sine egne liv på en ny måte.”

I tråd med programmets problemfokuserte orientering la terapeutene vekt på problemets historie. Man ønsket å få frem nøyaktige og tydelige beskrivelser av vekttap og annen symptomatisk adferd, som oppkast, overdreven fysisk aktivitet, bruk av avføringsmidler etc. Man ønsket å få frem beskrivelser av problemets innflytelse på hverdagen, på

spisesituasjonen, på skolesituasjon, på fritidsaktiviteter, på forhold til venner, på forhold til øvrig familie og på annen adferd

I tillegg ønsket man å få frem beskrivelser av hva familien hadde gjort av forsøk på å takle problemet.

”Det å høre om en annen familie som faktisk har fått til noe og å være med på en undersøkelse av hvordan det skjedde, kan være utrolig effektivt. Har det fungert for andre kan man overveie å ta det i bruk selv. Ikke nødvendigvis å gjøre ting likt, men å støtte hverandre i den måten de gjør det på.”

Man var nøye på å knytte spørsmål til historiene på en sånn måte at de ikke bare fremsto som en rekke av beretninger av opplevelser av typen ’sånn er det også hos oss’, men heller slik at historiene fremsto i en mer beskrivende og dialogisk form, som kunne bli til delte erfaringer for gruppen.

Terapeutene forsøkte å få historiene satt inn i et tidsperspektiv, både med henblikk på å få tydeliggjort at dette er noe som har utviklet seg over tid, men også for å introdusere den ideen at forandring kommer til å ta tid. For å få familiene til å være mer spesifikke i deres beskrivelser og få tydeliggjort deres fremstillinger ble det spurt om hvilke ideer og erfaringer, som hadde vært til nytte for dem og hvilke som ikke hadde vært nyttige. For eksempel hvis temaet var mat og størrelsen på porsjoner, benyttet man kollasjer fremstilt av utklipp fra blader for å få et så nøyaktig bilde av hva det var familien beskrev. Dette ble også tydeliggjort i kraft av at man hadde felles måltider under alle samlingene.

”Det som familiene sto oppi ble virkelig eksponert...det var ikke så mye å legge skjul på, men en sånn litt forsonende tanke var, at de andre familiene strever også...det er ikke bare hos meg at vi slåss.”

Det ble opplevd som en stor lettelse for familiene å få høre om tilsvarende historier fra de andre familier og det virket som om det var lettere å spørre og gi svar til hverandre enn å bli utspurt av en profesjonell. Dette ble tydelig i de mindre gruppekonstellasjoner: foreldergrupper, søskengrupper, grupper hvor bare ungdommene med spiseforstyrrelser deltok osv.

Mange foreldre begrunner at hverdagen er blitt som den er på grunn av 'et nødvendig hensyn til den syke', at dette 'hensynet' er blitt styrende for hverdagens gjøremål og for hvordan man omgås hverandre i familien. Det er blitt en hverdag som isolerer familien mer og mer og som etterhånden legger begrensninger på alle familiemedlemmenes utfoldelser. Terapeutene beskriver, at familienes historier i begynnelsen fremsto som 'lukkede historier...sånn er det bare', samtidig som historiene også var lukkede på den måten, at de ikke åpnete opp for mulige løsninger eller alternativer. Historiene kunne fremstå nesten konkluderende: 'Sånn må det bare være'. Terapeutene måtte derfor være aktive i deres måte å utspørre den enkelte og aktivt spørre etter kommentarer fra de andre gruppedeltakerne.

"Når vi prøvde å involvere de andre familiene ... fikk vi som svar at, ' sånn har vi det også' ...vi fikk en tilsvarende historie."

"Det var en utfordring å få familiene involvert i hverandre...å bruke familiene på tvers. De var veldig sentrert om seg selv og sin egen familie."

"Folk sitter fast i historien og snakker om den på en måte, som bare bekrefter fastlåstheten, så vi må skape en ramme, hvor familiene kan utfordre hverandre på historiene."

En utfordring, som alle terapeutene peker på, var å få ungdommene til å bidra med sin del. En erfaring var at ungdommene ofte hadde blitt spurt hvorfor-spørsmål knyttet til spiseforstyrrelsen og atferden deres. De hadde enten ikke gitt noe svar, eller de hadde gitt tilbake et svar som ikke gav mening for den som spurte. Noe som bare hadde resultert i enda flere hvorfor-spørsmål. Dermed hadde kommunikasjonen i familiene lukket seg rundt den erkjennelse at det nytter ikke å spørre – det skaper bare bråk, en erkjennelse som omgivelsene ofte også selv var kommet frem til, eller som ble formidlet fra foreldrene til omgivelsene. Ved at terapeutene introduserte sin nysgjerrige og undrende måte å spørre på inviterte de familiene til en felles refleksjon rundt handlingene til ungdommen og til en utforskning av mulige intensjoner bak disse handlingene.

Som det fremkommer av ovennevnte sitater er intensjonen sentrert om det å involvere familiene ved i første rekke å dele og utveksle historiene familiene imellom. Tematisk vises det til å åpne opp for historiene, holde et her og nå fokus, bringe frem det som holdes skjult,

bryte isolasjonen, holde et problemfokus, holde frem tidsperspektivet og få tak i det spesifikke. Historiene knyttes til der hvor familiene opplever problemet som størst og mest fastlåst, hvilket er rundt måltidene og spisesituasjonen. Fokus er på problemets fremtredelsesform, som søkes løftet frem i familienes beskrivelser. Problemets innflytelse på hverdagen utforskes bredt for å mobilisere til det terapeutene kaller en ”stillingtaken mot anoreksien”.

Terapeutene vektlegger at historiene må bli noe mer enn bare beretninger eller beskrivelser av situasjonen. Terapeutene henviser her til Milano-skolen og til bruk av *sirkulære spørsmål*, altså spørsmål om andres følelser, tanker, intensjoner og relasjoner. Det kan være spørsmål av typen: ”Hvem i familien er mest bekymret for deg? Hvordan tror du de vil komme til å reagere hvis du begynner å spise igjen? Hva slags forklaring tror du de i klassen din har på det som skjer med deg?” (Røer 2006). Terapeutene sier at disse sirkulære spørsmålene...

”faktisk klarer å få folk til å bli engasjert i hverandre.”

Terapeutene viser til at denne typen spørsmål har som formål å påpeke en forskjell som kan åpne opp for flere nyanser og gi større mulighet for refleksjon. De utfordrer en årsak-virkningstenkning ved å etterspørre flere mulige ’årsaker’, spørre etter flere alternative ’virkninger’ og om hvordan disse kommer til uttrykk i relasjonen.

Terapeutene viser her til form og organisering av de terapeutiske samtalene. Med form mener jeg en henvisning til *hvordan man samtaler*, og med organisering til *hvem som skal delta i disse samtalene*. Ideen bak sirkulære spørsmål bygger på Batesons (1972) definisjon av informasjon som *opplysninger om forskjeller*. Hos Milano-skolen blir dette til opplysninger om forskjeller i de innbyrdes forhold. Sirkulære spørsmål handler om distinksjon og kontraster. For eksempel spørsmålet ”Hvordan har du det?” skaper ingen distinksjon. Spørsmålene ”Hva er annerledes i dag?” og ”Hvem er mest bekymret for deg?” skaper distinksjon i henholdsvis tid og i relasjoner. Ifølge Milano-skolen er de viktigste typer spørsmål som fører til refleksjon *sirkulære spørsmål* (spørsmål om andres tanker, følelser og relasjoner), *forklaringsspørsmål* (spørsmål som utfordrer verdi- og virkelighetsoppfattelser), *hypotetiske spørsmål* (spørsmål om å forestille seg en hypotetisk situasjon, og fulgt opp med spørsmålet: ”Hva ville dere ha gjort da?”) og *fremtidsspørsmål* (spørsmål for å motvirke fastlåshet i tid, enten i traumatisk fortid, eller fastlåshet i nåtid som hos personer med spiseforstyrrelse, eller opphengt i en fremtid man ikke får realisert, som hos spillere og

alkoholikere). Karl Tomm (1987a, 1987b, 1988) kaller denne typen spørsmål for intervenserende spørsmål. Denne typen spørsmål viser til *form* – til hvordan man samtaler.

Milano-skolen er vel så opptatt av innhold, om *hva man snakker om*. Som kontekstmarkør for hvordan man skal gå frem med sirkulære spørsmål bruker de begrepet *åpninger*. Åpninger er nøkkelord, et tema, en ide som familien uttrykker og som blir en ledetråd for en fruktbar vei til å nå frem til en hypotese. Disse åpningene vil bli anvendt som en 'fordypning' i systemet, som vil bli fylt med sirkulære spørsmål. Hvis for eksempel en familie gir uttrykk for ideer om temaet *selvstendighet* – vil terapeuten følge den ide, lage klassifisering, søke enighet og forklaringer, inntil fordypningen er fylt med informasjon om de innbyrdes forhold i relasjon til de forskjellige grader av selvstendighet i familien. Det som vil lede terapeuten til å følge opp en åpning eller la den ligge vil være knyttet til hypoteser om premisser. Røer viser til at vi fra kliniske erfaringer har en forutelse om hvilke temaer som angår familier med spiseforstyrrelser. Hun nevner: *Skyld og ansvar, individuering og løsrivelse, kommunikasjon, hvem bestemmer, forklaringer, kjønn og familiebelastninger*.

I flerfamiliegruppeterapien er det form og organisering, altså *hvordan* og *hvem* som samtaler som er fremtredende. Når terapeutene i denne sammenhengen snakker om åpninger, forstår jeg det som å åpne opp for familiens historier på en sann måte at de kan bli hørt og delt i gruppen og dermed danne grunnlag for utveksling av erfaringer. Terapeutene søker overordnet å sette disse felles erfaringene inn i en ramme så de fremstår som: "Det er dette spiseforstyrrelsen har gjort med oss." Åpninger, som de forstås hos Milano-skolen, er imidlertid knyttet til utforskning og utfordring av den enkelte families premisser.

I kapitel 4. Flerfamilieterapi ved spiseforstyrrelser vises det til at Dresden og Maudsley ikke er opptatt av problemets oppståen. Hovedfokus er helt klart problemorientert og det er problemets historie, alvorlighetsgraden av problemet og hva familien har gjort av forsøk på å takle problemet, som etterspørres. Man søker beskrivelser av vekttap og annen symptomatisk atferd og man foretar en detaljert utforskning av de situasjoner hvor symptomet kommer tydeligst til uttrykk. Her har man et "her og nå" fokus, hvor eksempelvis spisesituasjonen vises frem i gruppen og så kommenteres av gruppemedlemmene, for å få konkrete beskrivelser av hvordan hverdagen er organisert og hvordan man forholder seg. Når man hos Dresden og Maudsley snakker om å åpne opp for familiens historie handler det i praksis om å få frem detaljerte beskrivelser av symptomet og familiens organisering rundt symptomet - å få fortalt hvordan det er og hva man gjør. Beskrivelser som hittil ikke er blitt snakket om eller som er blitt holdt skjult - altså å åpne opp for det fortidde og usynlige.

I intervjuene sier de norske terapeutene at historiene ofte fremstå som ”lukkede” og ”fastlåste”. Når man viser til å ”åpne” og ”utvide” historiene skjer det i form av en detaljering av beskrivelsene om hvordan familiene har det og hva de gjør – eller ikke gjør. Jeg oppfatter det som, at det er det å få åpnet opp for *beskrivelsene* av at ”det er sånn vi har det og vi trenger å gjøre noe annet”, som er det som danner rammen for flerfamiliegruppeterapiens tilnærming til familienes *historier*.

I de familieterapeutiske tilnærminger vil man derimot vektlegge den meningsbærende dimensjonen i historiene idet spiseforstyrrelser forstås som signaler om sammenbrud og krise (Rør 2006 + kap. 5). Her vil symptomets kommunikative og relasjonelle funksjon i familien og i omgivelsene bli utforsket og åpnet opp for, som en meddelelse om en indre smertefull tilstand i en uholdbar situasjon, hvor andre uttrykksformer ikke er tilgjengelige. Man vil spørre om symptomet kan være et uttrykk for løsningsforsøk knyttet til konflikter, spenninger, motsetninger eller uløste dilemmaer i familien og dermed utforske temaer knyttet til familiens premisser (Boscolo et al. 1987; Johnsen 1995, 2000; Rør 2006 + kap. 5). Denne utforsking blir forsøkt satt inn i en meningsskapende sammenheng med den unges prosjekt, som bevisst eller ubevisst kan være at krisen skal fanges opp og bearbeides av omgivelsene.

7.2 Om bruk av eksternalisering

Som et styrende prinsipp forholdt terapeutene seg aktivt spørrende til familienes historier på en sånn måte, at det eksternaliserende perspektivet ble fremtredende i samtalene. Dette for å flytte fokus fra personen til symptomet og for å støtte opp under en stillingtagen mot spiseforstyrrelsens innflytelse. Ved Maudsley benytter man seg av eksternaliserende samtaler for å tydeliggjøre at man tar kontroll for å hjelpe ungdommen mot anoreksien – midlertidig, men nødvendig.

”Disse Maudsley-folkene lagde mye vekt på det med å eksternalisere problemet. Vi introduserte dette allerede i den første samlingen. Det var helt opplagt for tidlig, jentene reagerte avvisende på dette.”

”Vi går så langt, at vi oppfordrer familiene til samlet å mobilisere til kamp mot spiseforstyrrelsens innflytelse over livet. Både mot innflytelsen over livet til ungdommen selv og mot innflytelsen over livet til hele familien.”

De norske terapeutene henviser altså også til bruk av eksternalisering. Med eksternalisering menes det å skille mellom person og problem, på en sånn måte at personen ikke blir definert av og ved sitt problem.

Eksternalisering er knyttet til Michael Whites og David Epstons narrative tilnærming. White og Epston (White & Epston 2000, 1990. White 2000, 1998, 1997, 1989) anbefaler at begynne eksternaliserende samtaler når kontakten og samarbeidet er etablert – og problemet er identifisert. Det handler ikke om at terapeuten gir et navn til problemet. Det handler om at terapeuten intervjuer klienten om hvilken virkning eller effekt problemet – når det i fellesskap er blitt identifisert – har på klientens liv. Der er tale om en samskapende dialog mellom terapeut og klient hvor man i fellesskap kartlegger:

”hvilken virkning problemet har på følelseslivet, familielivet, søskenforhold, forhold utenfor familien, på skole og arbeid osv. Det bør særlig legges vekt på hvordan problemet har påvirket synet klienten(e) har på seg selv og på forholdet til sine nærmeste” (Lundby 1998 s.130).

En slik kartlegging må utforske ’positive’ så vel som ’negative’ virkninger problemet har (se videre Morgan 2000 og Epston et al. 2004). Når terapeuten, som i flerfamiliegruppene, introduserer problemet som ’anoreksi’ og etterspør ’negative’ konsekvenser av ’anoreksiens’ herjinger, eller forklarer ungdommens problem som ’anoreksiens negative’ innflytelse over hennes liv, vil dette fremstå som en stillingtagen – en forforståelse – fra terapeutens side, som alene er terapeutens. En konsekvens kan være at ungdommens ’stemme’ blir definert som ’anoreksiens stemme’ og dermed ugyldiggjort eller avvist som direkte uønsket.

Jeg mener, at for å kunne bruke ideene og metodene om eksternalisering effektivt i terapeutisk praksis trengs det en forståelse av den narrative/sosialkonstruksjonistiske måten å se verden på, som metoden er begrunnet i. Lundby siterer O’Hanlon:

”...Jeg må gi en advarsel – hvis du nærmer deg eksternalisering bare som en teknikk, vil det sannsynligvis ikke ha særlig effekt. Hvis du ikke tror i dypet av din sjel at folk ikke er problemene sine, og at vanskelighetene deres er sosiale og personlige konstruksjoner, så vil du ikke oppdage de forandringene som skjer” (O’Hanlon i Lundby 1998 s.20).

Rør (2006) kommer også med en advarsel om en for ensidig og for tidlig bruk av eksternalisering. Hun beskriver at symptomer på spiseforstyrrelser kan ses på som:

”..varselsklokker og budbringere fra en tåkelagt indre verden. I et slikt perspektiv blir symptomene ikke bare fiender, men også venner, et viktig ledd i

det å bli forstått. Dersom symptomenes mening ikke fanges opp av omgivelsene, blir det vanskelig for pasienten å gi dem opp. Symptomene er desperate forsøk på å bli sett og forstått. Ut fra denne antakelsen om symptomer som ubevisst språk blir det viktig å forstå symptomene sammen med pasienten, før man begynner med eksternalisering. For tidlig eksternalisering fører gjerne til motstand, kanskje en økning av symptomene” (s.108).

Intervjuene viser til at eksternalisering ble brukt for tidlig og følgelig ble avvist av jentene. Vel så vesentlig er at eksternalisering ble knyttet til den formålbestemte styring av beretningene således at de fremstår med: ”Det er dette anoreksien gjør med oss.” Dette kan føre til et ensidig fokus på symptomenes uttrykksformer som uønsket eller ikke gyldig. Da uttrykksformene i første rekke viser seg i ungdommens atferd vil en konsekvens kunne være deres atferd avvises som uønsket, ødeleggende, ikke gyldig eller meningsløs.

I den sammenheng kan det virke selvfølgelig når terapeutene sier at det var en utfordring å få ungdommene til å bidra med sin del.

7.3 Å snakke om det som ikke kan snakkes om

”Det er for disse familiene ofte den første muligheten de har hatt for å snakke med andre familier om det som ikke kan snakkes om. Det som er lukket inne i ensomhet, i skyld og i skam, dysset ned i taushet.”

Hvordan snakker man om ”det som er lukket inne i ensomhet, i skyld og i skam, dysset ned i taushet” ? I kapitel 4, avnittet om Maudsleymodellen, sies det at man der møter følelser av skyld, gjensidige bebreidelser og anklager som en del av problemets natur. Skyld blir her knyttet til de anklager og beskyldninger som ungdommen retter mot foreldrene. Skam blir knyttet til at organiseringen av hverdagen og adferden er holdt skjult for omgivelsene og på den måten skambelagt. Man har et entydig fokus på at skyld og skam er en følge av anoreksiens fremtredelsesformer og medvirker til å opprettholde problemet. I tilnærmingen derfra vektlegges det at disse følelsene av skam og skyld forhindrer familien, og i denne sammenheng spesielt foreldrene, i å ta en aktiv posisjon i det å ta kontroll over spisesituasjonen.

Skårderud (2004) minner oss om at mange foreldre vil føle skyldfølelse: ”Hva har vi gjort galt?” Han skriver at:

”det er foreldrenes utfordring å skille mellom *skyld* og *ansvar*. Skyld er i denne sammenheng destruktivt. Ansvar er påminnelsen om at foreldrene er de viktigste i et barns oppvekst, og at de ofte vil være de beste hjelperne. Ansvar kan også være å se at man selv trenger å forandre atferd eller holdninger. En spiseforstyrret datter eller sønn har begrenset støtte av foreldre som blir handlingslammete eller for selvbebreidende av skyldfølelse. Dette kan bidra til å fremme datterens eller sønnens skyldfølelse. Og mange med spiseforstyrrelser har en overdreven ansvars- og skyldfølelse.

Skyld peker bakover, mens ansvar – fortrinnsvis *med-ansvar* sammen med profesjonelle hjelpere – peker fremover”(s.259).

Man kan føle skyld for *noe* – eller man kan skamme seg over *noe*. Mye i den anorektiske adferden er skambelagt og fortiet hos familiene og dermed hemmeligholdt. Skårderud er opptatt av skammens helt sentrale betydning – både som årsak og virkning - ved spiseforstyrrelser. (se Skårderud 2004).

I flerfamiliegruppene møter man emosjonelle aspekter som en følge - en funksjon av spiseforstyrrelsen: ”Det er sånn det er blitt, det er vanlige mekanismer og ingen har noe skyld for dette – så å føle skyld er uberettiget og i alle fall er det uhensiktsmessig.” Det valgte hovedfokus på her og nå lukker av for en utforsking av den fortidige historien samtidig som den valgte holdningen til emosjonelle aspekter understøtter at det heller ikke er noe å utforske i den tidligere historien. Dette er en pragmatisk valgt terapeutisk holdning fra både Dresdens og Maudsleys side og det begrunnes med at familiens nåværende situasjon i det alt overveiende er så preget av spiseforstyrrelsen, at det er både umulig og uhensiktsmessig å utforske hva som er en følge av hva. Man kommenterer dog at i situasjoner hvor familien er i behov for å jobbe med emosjonelle problemstillinger og/eller viser tegn på lengrevarende fastlåste mønstre vil dette bli møtt med supplerende behandling.

8. Familiens kompetanse

8.1 Kompetanse og det vanlige

I materialet gis der uttrykk for en holdning om at familiene selv sitter inne med de løsninger som best kan ivareta deres bestrebelser på å forme sitt eget liv, som familie og individuelt. Terapeutene henviser til det å ”gå tilbake og ta i bruk det vanlige” og om ”å ta i bruk det man har for hånden.

”Det er lettere å bli frisk i den vanlige familie, derfor tenker jeg at det er viktig å bidra til at vanlige prosesser kan komme frem.”

”De aller mest sannsynlig har alt det de trenger, hvis de bare tar det i bruk igjen.”

”Å hente frem erfaringer om måter som har fungert tidligere og som i sin tur gir en viss grad av selvillit for den enkelte i familien.”

”Kompetansen ligger der, men er spilt ut på grunn av sykdommen, som med spiseforstyrrelsen er glemt, forstyrret, mistet og som eventuelt trenger hjelp til justering.”

Som jeg viser til i kapitel 7 om familiens historier virker det også her som om man lager et skille mellom før og etter spiseforstyrrelsen, hvor det *vanlige, ekspertisen og kompetansen* søkes gjenfunnet i det fortidige – i tiden før spiseforstyrrelsen og at løsningen ligger i å ta i bruk det som har fungert før.

Et annet begrep, som benyttes nesten synonymt med begrepet kompetanse er *ekspertise*.

”Vi la mye vekt på at det er familiene selv som har ekspertisen og understøttet dermed familiens egen evne til å finne løsninger i vanskelige situasjoner, til å ta i bruk det man måtte ha for hånden. En evne til å lete etter hva som kan være lurt å gjøre. Det er sjeldent at folk blir helt paralyisert, de klarer ofte å finne løsninger...noe som passer akkurat dem.”

”Jeg tenkte ofte på ekspertise som en opplevelsesekspertise – de er eksperter på sin egen opplevelse, på sin egen beskrivelse, for jeg kan ikke si at disse familiene fremsto som særlig mestrende. De var veldig hjelpeløse.”

”Ingen andre kan beskrive hvordan dette problemet er for akkurat dem.”

Ekspertise blir her forstått som at den enkelte er ekspert på sitt eget liv, har sin egen historie med seg og gjør ting på sin særegne måte. Her handler det også om å mestre, om å kunne nyttiggjøre seg mestringsstrategier man har fra før og få synliggjort disse som en egen ekspertise.

Om mestring kommenterte terapeutene at spesielt i begynnelsen var det ikke mestring som familiene viste frem. De fremstilte seg i en avmaktsposisjon...”vi klarer ikke”...”vi føler oss alene”...”vi har prøvd alle muligheter og derfor ber vi om hjelp”. Harlene Anderson (1999), som omtaler sin holdning som en *samskapende tilnærning* til terapi, skriver at:

”Klienten tilfører en innholdsekspertise: klienten er ekspert på sine livserfaringer og på hva som har ført ham/henne inn i den terapeutiske relasjonen. Når klientene selv legger frem sine beretninger, kan de erfare og kjenne igjen sin egen stemme, makt og autoritet”. (s.102, min oversettelse)

Her er ekspertisen mer knyttet til hver enkelt families unike historie, hvor deres erfaringer og opplevelser er knyttet til deres tradisjon og kultur og hvilken forståelse av problemet de har.

Fra Maudsley (kapittel 5) beskrives familien som fanget i en 'frossen' tilstand, som forhindrer den i å hente frem sin kompetanse og bruke sine erfaringer. Målsettingen blir å hente frem disse implisitte men undertrykte eller tilbakeholdte kompetanser og erfaringer.

Som jeg har vist til i kapitlene 4 og 5 gir Eisler uttrykk for, at det å forstå hvordan familiene reorganiserer seg rundt et problem, ut fra et behandlingmessig synspunkt er langt mer vesentlig enn å vite hvordan problemet er oppstått, delvis fordi den måten som familien fungerer på i dag kan være blitt en del av det som opprettholder problemet og delvis fordi det kan ha begrenset familiens evne til å benytte sine adaptive mekanismer til å motvirke problemet. Problemet/symptomet blir innenfor disse beskrivelsene sett på som en strukturell hindring for at familien kan ta i bruk sine adaptive mekanismer.

I kapittel 4 om flerfamilieterapi ved spiseforstyrrelser er det fra Maudsley beskrevet den bærende ide om, at i alle velfungerende familier, finnes der adaptive mekanismer, som gjør

det mulig å finne en balanse mellom å opprettholde stabilitet og en ivaretagelse av de stadig endrede behovene hos hvert enkelt familiemedlem. Den grunnliggende antakelse herfra om, at familiene organiserer seg rundt symptomet, blir av de norske terapeutene beskrevet som en nyttig og hensiktsmessig holdning i møtet med familiene.

”Det blir så veldig tydelig, dette med at systemet organiserer seg rundt symptomet og også hvordan at symptomet faktisk er med på å opprettholde et system. Jeg tenker også at systemet opprettholder symptomet.”

” Jeg tenker at det er helt nødvendig å få foreldrene ristet ut av redselen, få de til å fungere litt mer som de gjorde før denne uinviterte gjesten inntok familien og få dem tilbake i sin gamle posisjon igjen. Det blir jo aldri likedan... som det var.”

Uttrykket ”denne uinviterte gjesten” oppfatter jeg som et uttrykk for at anoreksien ses på som en inntrenger der forstyrrer eller ødelegger familiens utvikling.

I den strategiske familieforståelsen rettes også oppmerksomheten mot hva som opprettholder et system og ikke mot hvordan problemet er oppstått. Her rettes fokus mot løsningsforsøkene, eller som oftest de manglende og uhensiktsmessige forsøk på løsning, som har gitt symptomene maksimal kontroll over hele familiens liv. Oppmerksomheten rettes mot de interaksjonsmønstre, særlig de konkrete adferdsmønstre, som utvikles rundt spiseadferden.

Røer (2006) gir følgende eksempel:

”(Foreldrene) har valgt å ikke utfordre eller konfrontere datterens spisevegring. De har tenkt at hun vil komme ut av det hvis hun får styre med maten som hun vil. De presser aldri på og tilbyr stadig mer omsorg. Mat er blitt tabu både verbalt og konkret. Familien har ikke lenger faste måltider. De kan ikke reise bort sammen eller overlate pasienten til andre. Datterens spisevegring forverres stadig ved ytre forandringer, stress og overraskelser” (s.53).

Den strategiske familieforståelsen utfordrer løsningsforsøk, som muligens har vært hensiktsmessige tidligere, men som i dag er uhensiktsmessige eller fastholdende. I flerfamiligruppeterapien kan det virke som om man a priori understøtter de tidligere løsningsstrategier som hensiktsmessige. Dermed blir det å ”bidra til at vanlige prosesser kan

komme frem” - å få gjenetablert ”den vanlige familien” fremhevet og fokus blir på å gjenopprette en kompetanse som er gått tapt.

8.1 Familiekompetanse = forelderkompetanse

Terapeutene gir uttrykk for at gruppen har som formål å understøtte foreldrene i det å tørre å stå i det, å tørre å ta valg på egne og på familiens vegne:

”at foreldrene får en opplevelse av at dette kan vi håndtere sammen...som par...som foreldre.”

” I dette å oppleve seg kompetent ligger evnen til å romme og kunne gjøre alt det som ligger i det å være forelder.”... ”Evnen eller viljen til å fastholde det vanlige i livet og insistere på en vanlig forelderrolle til tross for anorektisk inspirerte trusler.”

” Vi understøtter foreldrene i å lete etter og holde fast i det vanlige, kontra det å bli drevet fra skanse til skanse. Hvis foreldrene klarer å gå tilbake og ta i bruk det vanlige, blir det parallelt et ønske om å bidra til andre uttrykksformer for den unge...bidra til en dialog på et annet plan.”

”En ting er, at det bryter med noen ideer om at der er noe galt med disse foreldrene og en annen ting er, at det blir gjenkjennbart for foreldrene.”

”Jeg tror at programmet egentlig er mer forelderstøttende...mer indirekte for jentene.”

Som det fremstår i intervjuene er fokus på foreldrenes kompetanse og på deres ansvar for å skape trygghet og forutsigbarhet i familien. Med dette legges der opp til en tydelig avgrensning av roller og forelderansvar - at foreldrene må ta ”tilbake sin gamle posisjon igjen”. Det fremstår for meg som at målsettingen med at reetablere familiens egen kompetanse i første rekke handler om å reetablere foreldrenes kompetanse. Kompetanse beskrives av terapeutene, som opplevelsen eller følelsen av å være kompetent i sitt eget liv men den kompetansen der uttrykkes er en forelderkompetanse, som forutsettes å implisitt være tilstede om enn midlertidig satt ut av spill av spiseforstyrrelsen. Det er

denne forutsatte forelderkompetansen som må reaktiveres og få plass til å utfolde seg og eventuelt oppjusteres.

Eisler og Scholtz argumenterer for at foreldrene må ta kontroll over symptomets uttrykksformer, i første rekke over spisesituasjonen, da det er disse uttrykksformene som fastholder familien i en 'frossen' tilstand. Et vesentlig mål i behandlingen er å gjøre bruk av de adaptive mekanismene som er tilgjengelige i familien, både hos hver enkelt og i familien som helhet (Eisler 2005). Dette blir også beskrevet som å gjenopprette familiens kompetanse. Eisler peker på at stort sett alle familier gir uttrykk for at spiseforstyrrelsen har tatt over alle aspekter av det daglige liv og at symptomadferden dominerer relasjonene mellom familiemedlemmene. Han viser til at familier som søker behandling uten unntak føler seg hjelpeløse, desperate og med en opplevelse av fullstendig å ha mistet kontroll. Jeg forstår Eisler der hen, at når han henviser til familier i denne sammenhengen, er det foreldrene han henviser til. Videre oppfatter jeg, at Eisler beskriver hva man kan kalle et familiært maktvakuum hvor foreldrene har mistet lederskapet og spiseforstyrrelsen fremstår, oppfattes og beskrives som et adferdsproblem. I en sådan situasjon vil adferden, eller symptombildet, fullstendig overskygge alle aspekter av hverdagslivet og fremstå som det altoverskyggende problem, som foreldrene søker ekspertenes hjelp til å få fjernet.

Flerfamiliegruppeterapien tilbyr i første rekke foreldrene hjelp til at de selv kan gjøre noe for å begrense symptombildet, som en nødvendig foranstaltning for å sikre helsen og sikkerheten til ungdommen. Første skritt i denne prosessen er at foreldrene tar kontroll over spisingen. Når denne kontroll er delvis gjenopprettet, følger en periode med aktivt å stabilisere denne kontroll, og først da vil det være mulig å ta stilling til spørsmål om autonomi og selvstendighet. Eisler understreker at ved Maudsley møter man disse temaene ut ifra den ide at der er tale om normale, utviklingsmessige spørsmål, som er blitt holdt igjen på grunn av anoreksien. Hvorvidt familien selv klarer å hankses med disse eller om de er i behov for supplerende behandling i form av familierapi og/eller individualterapi avklares med den enkelte familien.

I de norske gruppene gir terapeutene uttrykk for at man står inne for den grunnholdning, at man jobber for å styrke foreldrene i det valg de allerede har tatt ved at de har bestemt seg for å ta styringen i det å hankses med problemet. Ved Maudsley beskrives dette som å hjelpe foreldrene til å utfordre symptomene (Fase 2). Med utgangspunkt i en spisesituasjon, for eksempel ved å iscenesette en måltidssituasjon i gruppen, foretar man en

detaljert utforsking av hvordan denne faktisk utspiller seg. Som forberedelse oppfordrer man foreldrene til å sammensette et måltid til deres datter og drøfter hvorvidt dette måltidet representerer det som foreldrene tenker er et suffisient måltid, eller om det er sammensatt etter det de forventer at datteren vil spise. Foreldrene oppfordres da til å drøfte innenfor hvilke rammer måltidet skal foregå; hvor lang tid skal det vare; skal alle spise sammen; er det lov å snakke samtidig; kan søsken få gå fra når de har spist ferdig; skal det være mulig å forhandle på porsjonsstørrelsen underveis; skal måltidet avsluttes etter avtalt tid selv om eventuelt intet er blitt spist etc. Under selve måltidet kan terapeuten intervenere ved å for eksempel henvende seg til moren:

- Jeg ser at du er i forhandlinger om å bytte ut kjøttpålegget med agurk, er det riktig sett?
- Vil du dette byttet?
- Hvordan vil du det skal være?
- Hva kan du gjøre for å få det til som du vil?
- Gjør det?

Etter måltidet forsetter utforskingen ved drøftelser, enten i hele gruppen eller i en gruppe av foreldre. Holdningen fra terapeutene er å støtte foreldrene på at de vet hva som er suffisient kost, så fokus blir på løsningsforsøkene. Foreldrene vil ofte gi uttrykk for at de har prøvd alt, men stort sett har de prøvd få ting – de samme om igjen og om igjen – til det utmattende. Foreldrene oppfordres til å søke alternativer i gruppen og drøfte hva som gjør at man ikke prøver ut disse.

Her beskrives at det å dele erfaringer og å få mulighet til å bekrefte hverandre virker mobiliserende på det å handle. Gruppen bidrar til å avmystifisere den forestillingen, at handlinger og tiltak er en spesialkompetanse som de profesjonelle har, men i stedet er en kompetanse som alt er til stede som en del av familiens repertoar.

Scholtz (2005) skriver fra Dresden, at denne måten å arbeide på overveiende er symptomorientert og at den familierapeutiske tilnærmingen overveiende er influert av strukturelle teknikker. Scholtz viser til bruk av teknikker og metoder, ikke til modeller. Dette tenker jeg er begrunnet i den avvisning av modeller, som han har felles med Eisler og Maudsley-gruppen. Så når Scholtz viser til bruk av strukturelle teknikker oppfatter jeg det som at han viser til det fokus som strukturell familierapi har på å bedre grenser mellom familiemedlemmer ved å gjenreise forelderautoritet.

Strukturell familierapi har beskrevet uklare og diffuse grenser mellom *subsystemene* i familien. Dette gjør at familiene er preget av en *sammensmelting* hvor individene er så viklet

inn i hverandre at det er vanskelig å leve i og vanskelig å leve utenfor. *Overinvolvering*, *konfliktunngåelse* og *triangulering* er noen av de forhold som Minuchin (1978) beskriver. Ingen klarer å skjære igjennom og familien styrer mot sammenbrud, hvor alle blir fastholdt i psykologiske posisjoner som forhindrer individuering og personlig vekst.

Finn Skårderud (2000) kommenterer Minuchins begrep *sammensmelting*. Han velger i stedet å benytte seg av begrepet *det grenseløse*:

”Det grenseløse kan uttrykke seg gjennom familien som *team* og *vennskap*. Familien kan ligne mer på en interesseorganisasjon enn en slektsammenheng. Rollene er utdeliggjort. Innenfor familiesystemet er det vanskelig å plassere ansvaret. Først og fremst er hierarkiet foreldre-barn redusert.... Foreldrene utøver gjerne sin autoritet under dekke av en enighet som de sier at alle deler. I familier med store barn og ungdom blir dette lett en paradoks situasjon. De konflikter som kunne ha tillatt dem å tre ut av familiemiljøet, kommer vanskelig i gang”.

Videre skriver han at:

”Familien utvikler et *pronomens-problem*. Det er flytende grenser mellom jeg, du, vi, han, hun. Familiens medlemmer snakker ofte uklart om sine egne meninger og følelser. Men hver og en synes å vite hva de andre mener og føler, samtidig som de ofte diskvalifiserer dette” (s.82).

Ville Laursen (2007) viser også til Minuchin og til en bredere og mer terapeutisk oppfattelse av kompetansebegrepet enn det som kommer til uttrykk hos Scholtz. Hun skriver at:

”Den systemisk strukturelle terapeut arbeider med begrepet kompetanse i tre betydninger knyttet til tre forskjellige nivåer: strukturnivået, relasjonsnivået og innholds nivået....Den ene betydning av ordet kompetanse betegner den formelle posisjon, man inntar i systemenes organisasjon, for eksempel som ektefelle i ektefellesystemet, forelder i foreldersubsystemet, barn med sin plassering i søskenflokk, innehaver av foreldermyndigheten, deleforelder, samkvemforelder....besteforelder. Den annen betydning av ordet kompetanse betegner de personlige kvalifikasjoner, egenskaper eller ferdigheter den enkelte besitter og utfolder. Den tredje betydning av begrepet kompetanse betegner den relative kompetansen, som uformelt tildeles innen for et system eller mellom subsystemer.”

Ved at terapeuten forholder seg til disse tre nivåene vektlegger Laursen den unike mulighet dette gir terapeuten for å styrke kompetansen hos de enkelte familiemedlemmer og subsystemer. Foreldrene – eller de som faktisk fungerer som 'foreldre' – respekteres som kompetanseinnehavere og barna som kompetente barn i forhold til deres plassering i søskenflokket og terapiens mål er en reorganisering av disse kompetansenivåene.

Reidun Hafstad og Haldor Øvreeide (1998), som har jobbet og skrevet om foreldrefokusert arbeid med barn, skriver om kompetanse knyttet til foreldrerollen. De viser til sosiale forventninger og krav som stilles til foreldrerollen. De sier at det å ha reell kompetanse for en rolle kan ses som sammensatt av fire faktorer: (1) legitimitet, hvilket innebærer å ha fått myndighet til å utfolde og utforme rolleatferden. (2) kapasitet, hvilket innebærer å være i stand til å prioritere i forhold til det som kreves av andre roller en innehar. (3) kunnskap, hvilket innebærer at vi har en mer eller mindre bevisst ide om hva som forventes, og/eller hva vi ønsker og kan gjøre i foreldrerollen. (4) ferdighet, hvilket innebærer å ha ferdighet til å kunne utføre det rollen krever. Kunnskap, legitimitet og kapasitet må kunne omsettes i handling.

Det vil si at det vil være ulike forhold og forutsetninger som kan fremme og hemme kompetansen for å kunne fylle foreldrerollen.

Johnsen og Rør viser til at spiseforstyrrelser som regel kan knyttes til typiske overgangsfaser i ungdomslivet og vektlegger at "spiseforstyrrelser er symptomer som er meningsbærende signaler til omgivelsene om sammenbrud og krise" (se kapittel 5). Med dette for øye vil man i høyere grad ha fokus på familiens tap av – eller manglende - fleksibilitet til både å møte, til å fange opp signaler på krise og til dels å adekvat ivareta disse overgangsfaser i livet. Man vil innenfor en sådan tilnærming, og i tråd med Anderson, anlegge et mer dynamisk syn på erfaringer. I møtet med overgangsfaser og livssyklusforandringer vil det være fleksibiliteten til forandring og utviklingen av de hittidige erfaringer som vil være kjennetegnende. Her vil terapeuten utfordre familien på dens muligheter og evner til å jobbe frem noe annet og mer fleksibelt enn det den hittil har gjort. Erfaringer vil i en slik sammenheng kunne utforskes innenfor hele spektret fra stivnede, og muligvis familiehistorisk begrunnede rituelle gjentakelser til det fleksibelt foranderlige.

På denne bakgrunn oppfatter jeg at flerfamiliegruppeterapiens tilnærming til familiens erfaringer og kompetanse blir for snever og for tilbakeskuende og muligvis kan virke fastholdende med sitt fokus på "å hente frem erfaringer om måter som har fungert tidligere".

I tillegg er det utelukkende en kompetanse knyttet til foreldrene som er i fokus. Der sies ikke noe om ungdommens kompetanse overhodet og der vises heller ikke til noen kompetanse i forhold til søsken, venner, øvrige familie eller i forhold til den sosiale konteksten familien inngår i. Når for eksempel Scholtz i forbindelse med å gjenreise forelderautoritet viser til den strukturelle familieterapi blir dette et ensidig fokus på en bruk av metode hentet derfra. Dette fremstår som en bruk av metode som ikke kan begrunnes innenfor den bredere forståelsesrammen til den strukturelle familieterapien, men i stedet har sin begrunnelse i det erklærte formål å støtte foreldrene til å ta kontroll over symptomets fremtredelsesform. I materialet fra de norske terapeutene fremstår kompetansebegrepet såpass vagt at jeg mener der gjenstår den utfordring å få dette verbalisert og tydeliggjort. Jeg mener at modellene fra Dresden og Maudsley har et for statisk kompetansebegrep og at utvidelsen må hentes i en familieterapeutisk forståelsesramme og - ikke minst - innenfor et større kulturperspektiv.

9. Det terapeutiske rom

I modellene fra Dresden og Maudsley beskrives selve det terapeutiske arbeidet, som utspiller seg i rommet. Her sies der mye om rammer og struktur, men der sies lite om selve det å skape et rom, som gir muligheter for at det terapeutiske arbeidet faktisk kan utfolde seg. I materialet fra Norge sies der imidlertid mye om dette.

Ved å spørre til hva som faktisk utfolder seg i gruppesamlingene ønsker jeg å få frem noe eksplisitt om terapeutenes bidrag i flerfamiliegruppeterapien. Omkring rammer og struktur spurte jeg om deres bruk av det profesjonelle teamet rundt gruppen, jeg spurte om arbeidet i mindre grupper og om deres bruk av øvelser. Disse områdene har jeg valgt å presentere i første avsnitt av dette kapitlet som struktur. Jeg stilte spørsmål til dem om hvilke terapeutiske holdninger eller forforståelser de tenkte var styrende for dem, herunder spurte jeg spesifikt om deres holdninger om det å gi råd og anbefalinger. De to områdene utgjør andre avsnitt av kapitlet og blir presentert som holdning og forforståelse.

9.1 Struktur

9.1.1 Om teamet

Ved Maudsley henter man inn profesjonelle med spesiell kompetanse til å ivareta deler av programmet. I de to norske gruppene, som inngår i undersøkelsen, har man valgt en annen

form. Dette var de to første gruppene som ble etablert i Norge og begge steder har man i stedet valgt å etablere team rundt gruppelederne.

Av de fire gruppelederne som ble intervjuet var to kliniske psykologer, den ene med videreutdanning i familierapi og den annen med videreutdanning i psykodrama. En var klinisk sosionom og en var klinisk barnevernspedagog, begge med videreutdanning i familierapi. Alle hadde lang klinisk erfaring i arbeidet med spiseforstyrrelser. Noen var vant med å jobbe med voksne, noen var vant med å jobbe med barn og ungdom, noen var vant med å jobbe med grupper, noen var vant med å jobbe med psykodrama. Noen hadde erfaringer i å snakke med familier og noen hadde erfaringer fra individualterapi.

Teamene rundt gruppelederne besto av ytterligere fire av ovennevnte faggrupper, samt av lege og psykiatrisk sykepleier – alle med videreutdanning i familierapi. I begge de to gruppene var, som oftest, to terapeuter fra teamet tilstede i samlingene utover de to gruppelederne. De andre teammedlemmene hadde helt eller delvis deltatt i veilednings- og treningsprogrammet fra Maudsley så 'basisideene' herfra var felles kunnskap og retningsgivende for teamarbeidet. Som:

"å holde fast i det med forelderkompetansen og understøtte denne. Her må man være sånn passelig samkjørte."

Likeså med de metoder og øvelsene, som Maudsley- terapeutene hadde vist frem og som man hadde øvd og trenet seg på. De lokale teamene hadde en åpenhet for at dette kunne gjøres på ulik vis, at det måtte baseres på en trygghet hos terapeutene og at det måtte være teamene som 'bar' denne tryggheten frem.

"I utgangpunktet var vi åpne på at vi ville gjøre ting litt annerledes, å gjøre dette til vårt eget. For eksempel tenker jeg, at vi har hatt en litt mer avslappet stil enn disse engelskmennene, mer tilpasset norske forhold – for både familier og terapeuter. Denne prosessen i teamene har vært basis for at vi har kunne gjøre dette til vårt eget."

"Vi må ha folk som er utadvendte, sosialt kompetente, som kan være i konstant samspill og som har en sånn litt lekende stil. Det skal ikke være for alvorstungt og seriøst hele tiden."

”Gli litt inn i aktiviteten, stille spørsmål og sparke noe i gang”.

Disse teamene sto for planleggingen og gjennomføringen av programmet for samlingene og ivaretok de terapeutiske drøftelsene underveis i forløpet. Alle de fire terapeutene som ble intervjuet gav uttrykk for at åpenheten og refleksjonene i teamene har vært preget av en grunnleggende stillingtagen til å få dette prosjektet opp å kjøre og en respekt for prosjektets bærende ide. Ikke minst må man være fleksibel, kunne la seg begeistre av en ny idé og kunne føre den ut i livet. En av gruppene dannet for eksempel en gruppe i gruppen med fedrene alene, som ble ledet av to mannlige terapeuter. Man hadde tatt høyde for at der skulle være både kvinnelige og mannlige terapeuter i teamene og dermed gav det seg slike muligheter. I forhold til teamene gis der uttrykk for krav og forventninger til terapeutene om å kunne beherske et bredt repertoar av terapeutiske teknikker, stor fleksibilitet, rikt idétilfang i tillegg til en stil som passer til å aktivere større grupper. Ut over det gruppespesifikke legger terapeutene også stor vekt på viten om utviklingspsykologi og psykologiske prosesser som effektregulering, forsvar og dissosiasjon. Den enkelte terapeut må kunne ivareta, om ikke alle, så i hvert fall flere av disse kompetansene, men teamet som en helhet må kunne ivareta alle disse sidene. Terapeutene kommenterer også nødvendigheten av å være trygg på de andre terapeutenes kompetanse, for på den måten at kunne bruke sitt eget repertoar og best mulig utnytte de andres.

”Den enkelte terapeuten har en rimelig stor verktøykasse med seg, i teamet blir denne verktøykassen større og til sammen sitter vi med et ganske så stort repertoar. Det gir en masse kreativitet og trygghet.”

”Man skal aldri bli så trygg at man ikke kan bli overrasket, men det er bra å tenke at ..ja.. vi er brukbare, på samme plan i hvert fall.”

”Den direkte skoleringen fra Maudsley gav oss en del verktøy, øvelser og slikt, men å ha det fokus å få familiene til å involvere seg i hverandre, det handler om trening og om terapeutens kompetanse.”

En av gruppelederne beskrev at for dem, som gruppeledere, var idé- og tankeutvekslingen i teamet aldri preget av konkurranse eller prestisje, fordi holdningen var, at det var dem, som gruppeledere, som til syvende og sist besluttet seg for hva de valgte å bringe med seg inn i

terapien. Der var mer snak om å influere hverandre og dra nytte av ulikheter og forskjellige faglige posisjoner. Samme gruppeleder reflekterte også over at de forskjellige faglige posisjoner til teammedlemmene bare var noe teamet selv hadde en bevissthet om, det ble aldri 'interessant' i terapien.

Elsa Jones (1996) skriver at det er viktig at teamet utgjøres av jevnbyrdige. Hun viser til erfaringer hvor teammedlemmer med forskjellig kunnen og interesse for arbeidet, samt med forskjellig teoretisk orientering og forskjellig posisjon i organisasjonshierarkiet, settes sammen etter en beslutning fra ledelsen med en beskjed om å fungere som team. Jones skriver:

”Når man har sammensatt team på ovennevnte måte, har erfaringen ofte vist, at der blir tale om en ulike kamp ikke bare for få rom til å utføre et ordentlig stykke arbeid og tillatelse til det, men også for å overvinde de hindringer, som strukturen skaper” (s. 51-52).

Jones viser til at denne typen ulikhet eller forskjellighet før eller siden dukker opp til overflaten i form av, hva man tillegger klienten, eller i form av diskusjoner om den 'rette' fremgangsmåten.

I siste instans vil det handle om at teamet fungerer og hva som får det til å fungere. Her gis der først og fremst uttrykk for medlemmenes gjensidige anerkjennelse og respekt, som gjør det mulig for dem å støtte seg på hverandres praksis og tenkning. Man har en felles grunnholdning til formålet for arbeidet, innenfor hvilken variasjoner i repertoar og erfaring er med til å bygge opp en fond av felles erfaring. En vis variasjon i stil ses som berikende og utviklende, og mest av alt som supplerende. Videre vektlegges at medlemmene må være av begge kjønn.

Terapeutene henviser til modellene fra Dresden og Maudsley som hensiktsmessige og nyttige samt til formålet for flerfamiliegruppeterapien. De legger vekt på at det er viktig å være tro mot den oppgaven man er gått inn i og at holde formålet for flerfamiliegruppeterapien klart for seg.

9.1.2 Om gruppene i gruppen

Forankring og inspirasjon i gruppeterapi, og da helst innenfor det kreative, som ses på som en ideell kombinasjon med familierapikompetansen. Psykodrama og andre kreative metoder blir flittig brukt og vurderes høyt av samtlige terapeuter. Kunnskap om og bruk av disse

metodene bringer inn vitalitet og skaper muligheter for å uttrykke seg på andre måter enn det rent verbale.

Terapeutene beskriver sin rolle som i første rekke å sortere ut temaene og dernest å etterspørre et fellesskap rundt disse temaene. Om de mindre gruppene sier terapeutene:

”Vi brukte bevisst å danne smågrupper, for mindre grupper skaper mer kommunikasjon.”

”Det var her det ble åpnet opp for dette med dynamikken i sykdommen, dette med hvordan familiene organiserer seg rundt sykdommen. Dette med at fedrene blir satt på sidelinjen, at mødrene setter seg selv på sidelinjen eller at de bare lever ut i fra disse jentenes behov. I disse gruppene fikk de avgiftet en del frustrasjon og aggresjon...så de var ganske flinke til å jobbe sammen som foreldre etterpå.”

”I gruppene jobbet vi rundt temaer. For eksempel å ta tilbake en del autoritet, om markering av grenser, om roller i familien, om inkludering og ekskludering og om fordeler og ulemper ved anoreksien.”

”Man skal også ta med faktorer som, at det å jobbe i en gruppe påvirker hvordan de selv som familiemedlemmer forholder seg til hverandre. Det mest endrende tror jeg skjedde i de mindre gruppene – gruppen med foreldre, gruppen med fedre, gruppen med mødre og i gruppen med søsken.”

”Man må være relativ trygg på å lede en såpass stor gruppe, det er en nødvendig kompetanse å ha med seg, for det er jo så vanskelig.”

”Jeg mener at det er nyttig å ha ledet større grupper før, for å kunne bevege gruppen litt sånn fritt, dele opp i smågrupper, lage kreative øvelser og sånn.”

Om fedregruppen sier terapeutene:

”Vi dannet en fedregruppe, her tenkte vi kjønn – at det ville være best med mannlige terapeuter og kvinnelige i mødregruppen.”

"Vi så at fedrene sto i noen problemstillinger som ikke ble delt i den større gruppen, hvor mødrene satt og gav uttrykk for at fedrene burde gjøre ting annerledes."

"Ideen kom fra at vi tenkte... nå har vi mange muligheter... vi må bruke dem fleksibelt. Du kan også si at hele denne terapeutiske kulturen er en sånn 'kvinnemåte å snakke på' så vi må gi rom til fedrene."

"Fedrene var veldig glade for å få delt erfaringer av å være blitt skjøvet helt ut. Her kunne de snakke om at de hadde følt seg så mislykkede som både far og ektemann at det etterhånden hadde gått på selvtilliten løs."

"Vi fulgte opp med en fedre-døtregruppe og det var en veldig rørende seanse hvor vi jobbet veldig med å få fedrene inn i posisjon igjen i forhold til sine døtre."

Om mødregruppen sier terapeutene:

"Her fikk de dele noe om hvor utvisket som personer de hadde blitt, om hvor lite de egentlig hadde igjen, om hvor lite samliv de hadde igjen med mannen sin og om hvor oppspist de egentlig var blitt av disse jentene sine."

"Så hvordan klare å skape mer plass til sitt eget liv og vinne igjen noe autoritet i forhold til døtrene."

Om søskengruppen sier terapeutene:

"Søsken de blir hele tiden dratt inn i ting, de må hele tiden ta hensyn... det blir det konflikter av."

"De følte seg også veldig på sidelinjen... de trenger ikke å føle noe skyld... de skal ikke ha noen voksenfunksjon."

9.1.3 Om bruk av øvelser

Terapeutene beskriver øvelsene som en del av strukturen, som en veksling mellom ulike metoder innenfor forskjellige, strukturerte rammer. Gruppelederne benytter seg av øvelser til å skape forskjellige settinger for derigjennom å få frem forskjellige vinklinger, gjøre forskjellige brudd i vante mønstre og på den måten initiere til endring. Om bruk av øvelser sies der:

”Så på mange vis kan den mer konkrete aktiviteten være bedre enn å snakke.”

”Det handler om å prøve ut andre måter og utvide sitt repertoar.”

Øvelser blir benyttet flere ganger i hver samling og terapeutene strukturerer øvelsene rundt de aktuelle temaene som er oppe i gruppen. Øvelser blir også benyttet til å gå inn i en verbal beretning og vise situasjonen frem i et rollespill, ved hjelp av skulpturering eller ved hjelp av forskjellige kreative aktiviteter. Dermed kan man bryte opp samlingenes ’snakkekultur’, som kan ha en tendens til å bli for mye på de voksnes premisser og virke ekskludere på ungdommene og mindre søsken, ved at man i stedet ’gjør noe sammen’, enten som familie sammen eller i mindre grupper på tvers av familiene. På den måten kan man dels ’gi en stemme’ også til de tause og dels bytte om på roller og funksjoner i familien eller i en større gruppe.

Terapeuten må være aktivt igangsettende ved gjenskape situasjoner i øvelser, rollespill og forskjellige kreative aktiviteter. Det kan være ved å bringe inn aktuelle problemstillinger og vansker som familiene har brakt opp og sette dem inn i en annen ramme eller inn i en ny kontekst.

”Du kan velge å være aktivt kriseskapende ved å gi familiene en solid utfordring – og så trekke deg ut. Men det må gjøres med respekt og ikke bringe familien i en situasjon hvor de mislykkes.”

Måltider har vært en fast del av samlingene men har hatt en mindre fremtredende plass i disse to gruppene enn hva som har vært tilfellet ved Dresden og Maudsley.

”Egentlig er jeg ikke så opptatt om disse jentene spiser eller ikke. For oss har det vært viktigere å jobbe med å få løst opp i det spente angstmiljøet rundt

måltidene. Ved å forberede ungdommene på måltidene, ved å klare å snakke om andre ting og spise samtidig og ikke ha så ekstremt fokus på mat.”

Terapeutene viser ikke til noen dominerende familierapeutisk inspirasjon, men fremholder modellen og treningen fra Maudsley som grunnleggende. Selv om Eisler (2005 + kap. 4 og 5) fra Maudsley avviser Minuchins familieforståelse mener jeg å se at mye av Minuchins innflytelse er til stede i den terapeutiske tilnærmingen og i de benyttede metoder, også som det kommer til uttrykk i de norske gruppene. Mest opplagt er Minuchins begrep *enactment* – hvor der vises til at problemet bringes inn i terapirommet og utspiller seg der og hvor terapeuten aktiverer foreldre og ungdom til sammen å løse det. Her kan man både fortelle sin historie og vise sin families drama og ”terapeuten er årvåkent tilstede og får leilighet til å se, hva familiemedlemmene lykkes med, og hvor de kjører fast i forhold til hverandre.” (Laursen 2007. s. 72). Minuchin beskriver terapeuten som en *iscenesetter* der tilstreber å skape en terapeutisk prosess, hvor interaksjonen mellom familiemedlemmene og ikke interaksjonen med terapeuten er det sentrale.

Sammenfattende gir terapeutene uttrykk for en omfattende beherskelse og erfaring med ulike metoder og en bevissthet om når og hvordan de er mest hensiktsmessige å ta i bruk. Denne bevisstheten om det hensiktsmessige begrunnes i en teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, som er bredt favnede. Flere av terapeutene omtalte seg som eklektiske i en tilnærming, hvor hensiktsmessighet og nytteverdi var styrende parametere. Å innta en eklektisk holdning betyr i denne sammenhengen å anvende elementer fra ulike tradisjoner og teoretiske referanserammer ut fra hva man vurderer som hensiktsmessig i det enkelte tilfelle.

Anne Røer (2006) gir uttrykk for et ønske om å etablere en *bredspektret* familieforståelse som kan integrere forskjellige familierapeutiske modeller i en enhet. Hun foretar en avgrensning mot *eklektisk* familieforståelse ved å kommentere at eklektiske modeller ofte er assosiert med sammenblanding av modeller og metoder:

”Man kombinerer begreper og metoder og tilpasser dette til egne modeller og pasientens behov (Boscolo & Bertrando 1993). Bredspektret er en tilnærming hvor metodene ikke sammenblandes men tilpasses, med sine særpreg, til forskjellige faser i behandlingen (timing) og til forskjellige aspekter ved pasientens problemer.”(s.69).

Der skilles her mellom modeller og metoder. Med modeller forstår jeg de familieterapeutiske modeller som gir en forståelse til å forstå familiens betydning – altså teorier. Med metoder forstår jeg teknikker og redskaper som er utviklet innenfor de forskjellige modellene/teoriene, eller som er trukket inn som en del av modellen/teorien.

I materialet viser terapeutene til et bredt tilfang av modeller – teori, men i beskrivelsen av sin praksis er det det metodiske som blir fremtredende. At det blir sånn tenker jeg er en følge av at det er programmet fra først og fremst Maudsley som danner den forståelsesramme man har fulgt i de norske gruppene. Som jeg viser til i de to foregående kapitlene oppfatter jeg Maudsleys opplegg mer som anvisninger og beskrivelser til en klinisk praksis enn som en teori. Eller at teorien fremstår som for snever idet der henvises til både en bredere forståelse og en bredere praksis utover de rammer som flerfamiliegruppeterapien tilbyr. At de norske terapeutene omtaler seg som eklektiske tolker jeg som en henvisning til at de har et større og bredere teoretisk tilfang enn det som kommer til uttrykk innenfor flerfamiliegruppeterapiens rammer. Fordi man lojalt har fulgt opplegget fra Maudsley blir det også i de norske beskrivelsene det metodiske som blir fremtredende.

9.2 Holdning og forforståelse

9.2.1 Om å skape et terapeutisk rom

I kapittel 7 om historiene til familiene sier terapeutene at man må ha en bevissthet om å skape et rom som stimulerer til åpen kommunikasjon hvor alle kan bli hørt og alle kan få sagt sitt. Man må skape rammer for dialog og gi rom for at folks historier kan komme frem på en måte som åpner opp for nysgjerrighet, refleksjon og undring. *”Der trengs noe mer enn at familiene bare møtes”* – terapeutens nærvær er nødvendig. Terapeutene gir uttrykk for at:

”Det er først når man greier å sette opp en ramme, at man får med dette med nysgjerrighet, dette med å kunne reflektere, dette med å kunne vende og snu på ting, at man kan si at møtet blir direkte kurativt. Det trengs noe mer enn at familiene bare møtes.”

”Det betyr at vi må planlegge, ha en del forarbeide før hver samling. Ikke sånn å forstå at vi insisterer på vårt tema, men for å kunne sette opp den rammen, som må til for at samlingen kan bli et forum for å komme med ideer, tanker og innspill.”

”Vi har en forforståelse om hvor vi ønsker å gå og hva vi ønsker å bevege noe rundt.”

Men:

”Vi underviser ikke. Vi forteller ikke folk hvordan de skal leve livene sine. Vi er ikke normative.”

Her vises der først og fremst til å sette opp en ramme og en struktur for gruppesamlingene som kan ivareta utvekslingen av familienes beretninger og tematisere disse. Fokuset er nært knyttet opp til beskrivelsen av ”de lukkede historier” fra kapittel 7, historier som er konkluderende og ikke åpner opp for mulige løsninger og alternativer. Der vises da også til å ha et løsningsorientert fokus knyttet opp mot nytteverdi.

”I den store gruppen forsøkte vi å ha et positivt fokus...et løsningsorientert fokus...fokus på håp og et fremtidsfokus.”

” Ofte tenker jeg strategisk og løsningsfokusert, men jeg tenker alltid nytteverdi opp mot det løsningsfokuserte, det må være gjenkjennbart for familien samtidig som det må være passende annerledes – ikke for annerledes, da blir det ikke brukbart – ikke til nytte.”

Å tenke hensiktsmessighet og nytteverdi er sentralt når terapeutene viser til deres familieterapeutiske kompetanse. Det begrunnes i stor grad med at det teoretiske refleksjonsområdet er integrert i deres praksis. Man har det systemiske, det strategiske, det postmoderne språkbaserte og det narrative perspektivet med seg og har en reflektert og bevisst ide om når det er hensiktsmessig å bringe disse forskjellige perspektivene inn i den terapeutiske prosessen.

At der ofte er et høyt emosjonelt trykk i familiene spiller seg også ut i gruppesamlingene og terapeutene kommenterer at de er opptatt av om der finnes en terskel for hvor mye jentene kan klare.

"Disse jentene klarte å sitte i gruppene. Det er sterke følelsesmessige sesjoner med et høyt emosjonelt trykk og jeg lurer på om de har strategier nok til å hankses med det."

Terapeutene understreker at de har et sterkt fokus på det emosjonelle klimaet i gruppene og viser til at *"hos disse familiene kan det bli så alvorstungt at der ikke blir plass til det lettere."*

"Man må kunne føle pulsen, man må være bevisst på dette med at dagen har endringer...noe er lett, noe er tungt fordypende. Dagen har et åndedrett mellom disse lettere og tyngre faser. Hos disse familiene kan det bli så alvorstungt at der ikke blir rom for det lettere - det avspeiler vel bare litt av det kraftverket som anoreksien kan utgjøre. Vi må legge til rette for at der kan gis uttrykk for noe annet...enn det anorektiske."

"Det er så mye alvor, så det å bringe inn humor, det å kunne leke, åpner opp for at ting kan ses på og gjøres på en annen måte."

Der snakkes her om å skape en stemning - eller rettere om å løse opp for en stemning som er preget av problemets konstante tilstedeværelse og måten som alle forholder seg til dette på. Man forsøker å løse opp i forventningene om at de fleste av hverdagens situasjoner skal bli til ennå en fastlåst konfrontasjon eller uløselig kampsituasjon. Man kan snakke om å skape en utforskningsstemning som også gir rom for at bestrebelser, ønsker og forventninger kan snakkes om møtes med genuin interesse og anerkjennelse.

Sammenfattende kan det synes som om at man vektlegger at økt erkjennelse omkring egen og andres situasjon er et sentralt moment, ikke minst i forhold til å kunne være i stand til å ta imot synspunkter fra andre. Dette krever at man må sikre seg at hver enkelt blir hørt, forstått og bekreftet og at alle deltakerne får en opplevelse av å bli anerkjent. Har man fokus på det anerkjennende skaper det også et rom for å kunne reflektere og å turde å sette ord på tanker, følelser og overveielser og ikke minst, det skaper et rom for å kunne eksperimentere innenfor andre settinger. Å skape et rom hvor disse prosessene kan komme til uttrykk beskrives av terapeutene som en kompetanse i seg selv.

Anne-Lise Løvlie Schibbye (1988) skriver at man i familierapi må bidra til *"en utforskningsstemning, der terapeuten og familien sammen oppdager, oppklarer og belyser et*

tema”(s.195). Løvlie Schibbye mener at *anerkjennelse* er et viktig aspekt ved denne terapeutiske holdningen. Anerkjennelse innebærer *forståelse, bekreftelse, akseptasjon, toleranse, lytting og interesse*:

”I møtet med den anerkjennende holdning eller væremåte blir klienten:

1. hørt – slik at han kan høre seg selv, og familien kan høre ham.
2. forstått – slik at han kan forstå seg selv, og familien kan forstå ham.
3. bekreftet – slik at han kan få ”tak” i sin erfaring, og de andre kan begynne å bekrefte ham, slik at han kan begynne å bekrefte dem.” (s.171)

”Det å skape og opprettholde en anerkjennende atmosfære danner en bakgrunn for de terapeutiske virkemidler. En slik atmosfære er den første, uomgjengelige betingelse” (s.172)

Jeg mener at beskrivelsen av teamene gir uttrykk for den samme anerkjennende holdningen innad i teamet, som den man tilstreber å bringe inn i det terapeutiske rommet og at denne kan forstås som en terapeutisk kompetanse i seg selv.

9.2.2 Om å gi råd og anbefalinger

Begge gruppene hadde som en del av introduksjonskvelden en sekvens med undervisning om spiseforstyrrelser. Kunnskap om det spesielle – anoreksien – fremheves av alle 4 terapeuter, men vektlegges og vurderes forskjellig.

Det var ikke utveksling av råd og anbefalinger som preget samlingene, men den erfaringsnære drøftingen og utvekslingen familiene imellom. Dette eksemplifiseres av følgende uttalelser:

”Råd...om det er bedre...jeg tror det i hvert fall oppleves som noe annet, men familiene gav lite råd – de drøftet snarere.”

”Jeg gir ikke råd, for jeg tenker, at det handler om hva som faktisk stimulerer til at man tar i bruk sin egen kompetanse og det skjer ved at man kan trekke ut sin egen erfaring ved å høre om andres.”

”Jeg tenker på spiseforstyrrelser som en sykdom. Derfor er det også nyttig med en del medisinsk kompetanse.”

”Har du viten om anoreksi skaper det en trygghet hos foreldrene, men jeg vektlegger mer hva som kan bli terapeutisk – dialogens funksjon og refleksjon.”

”Det hendte vi ga en del fakta rundt spiseforstyrrelsen, når det passet seg.”

Denne drøftingen og utvekslingen vurderes som mer likeverdig og ga en større frihet til å velge å ta i bruk alternative løsninger, eller å tenke at: 'Nei, dette tror jeg ikke kommer til å fungere for meg'. Den erfaringsnære drøftingen hadde karakter av en gjensidig utforskning av kontekst, utforskning av de valgte handlinger og intensjonene bak disse handlinger. Dermed var familiene ofte i en posisjon hvor noe ble gjenkjent, eller eventuelt at forskjellen ble for stor og i så fall ga lite mening.

Både i Dresden- og Maudsley-programmene gis det en del undervisning og informasjon, spesielt knyttet til fysiske komplikasjoner ved underernæring og man understreker hele tiden at ungdommens helse og sikkerhet vil komme i første rekke. Fra Dresden sies det da også eksplisitt at de terapeutene, som leder gruppene må ha et solid kjennskap til og erfaring med anoreksiens fremtredelsesformer hos pasienter og deres familier. Fra Maudsley understreker Eisler at den faglige ekspertisen på spiseforstyrrelser må omfatte både medisinske, psykologiske og sosiale aspekter, men at denne ekspertisen må kontrasteres med det faktum at man dermed ikke har svar på hva hver enkelt familie må gjøre for å kunne hantes med problemet. Undervisningen og informasjonen som gis har det formål å mobilisere for en stillingtagen mot anoreksien, å understøtte denne stillingtagen og rette fokus mot nødvendigheten av å ta kontroll over spisingen. Terapeuten, eller eksperter med spesialkompetanse, bringer inn sin ekspertviten på anoreksiens følgekompplikasjoner og fremtredelsesformer for å understøtte det primære målet å bekjempe anoreksien. Et mål som er begrunnet i den antakelsen, at først når nødvendigheten av denne kontrollen er akseptert av både foreldre og ungdom og deretter iverksatt, vil de adaptive mekanismene igjen bli tilgjengelige i familien, både hos hver enkelt og i familien som helhet.

Eisler peker på noen fallgruver ved å innta en ekspertrolle. Det kan skape problemer omkring makt og kontroll i den terapeutiske relasjonen. Det kan blant annet skape inntrykk av en allianse mellom terapeut og foreldre og dermed gjøre det vanskelig å engasjere ungdommen. Eisler kommenterer at det mer er en del av problemets natur enn av terapeutens

posisjon og at det vil være feil å tro at man kan unngå dette, men heller være villig til å drøfte dette med familien. Jeg forstår hans anbefalinger og henvisning til problemets natur, som begrunnet i samme grunnliggende antakelse, som beskrevet ovenfor, men selve antakelsen problematiseres ikke.

Om forholdet mellom terapeutiske samtaler og veiledningssamtaler skriver Rør (2006) at:

”siden spiseforstyrrelser kan være dramatiske og skremmende for familien, er det viktig at terapeutiske samtaler veksler med veiledningssamtaler gjennom hele den terapeutiske prosessen.

Terapeutiske samtaler har som mål å skape et rom for refleksjon, mens veiledningssamtaler inneholder informasjon og råd. Tillit oppnås best hvis disse formene er klart definert, slik at terapeut og klient vet hva som skal skje. (s.70)”

For terapeutene er det de terapeutiske samtalene som preger gruppesamlingene mens informasjon gis i egne samlinger i oppstartsfasen. Veiledningssamtaler er ikke aktuelt i denne settingen da det er et forhold mellom den enkelte familie og den behandler som er knyttet til familien utenom flerfamiliegruppeterapien.

10. Hva gir oppgaven svar på og hvilke konsekvenser vil dette få?

Jeg har i denne oppgaven skrevet frem de norske terapeutenes praksis, som den kommer til uttrykk i flerfamilieterapi ved spiseforstyrrelser. Formålet har vært å få belyst den ekspertise og den terapeutiske holdning som terapeutene representerer og som de bringer inn i terapien som sitt bidra til å skape forandring. Hovedfokus har vært på hva det er for en kompetanse man tilskriver familiene og hvordan denne understøttes i den terapeutiske praksis.

Dette har jeg fått frem ved å analysere terapeutenes begrunnelser for deres praksis innenfor de tre temaene: familienes historier, familienes kompetanse og det å skape et terapeutisk rom. Disse temaene drøftes opp mot beskrivelsene fra Dresden og Maudsley, som har vært inspirasjonskilder og veiledende for de norske terapeutene, og de drøftes opp mot den systemiske familierapeutiske tenkningen rundt spiseforstyrrelser, som har tradisjon i Norge.

Hva gir oppgaven så svar på?

Vi ser at terapeutene vektlegger å få åpnet opp for familienes historier på en sånn måte at de kan bli gjenkjennelige for så vel familiemedlemmene selv men også for de andre familiene. Den måten det her snakkes om å åpne opp for familienes historier på, fremstår for meg, som et ønske om å få beskrevet historien ut i fra en bestemt, på forhånd fastlagt vinkling. En vinkling som søker sin begrunnelse i antakelsen om at problemets alvorlige, livstruende karakter er blitt det sentrale organiserende prinsipp for familiens daglige liv. Derfor holder man i historiene et 'her og nå – fokus' på hvordan problemet kommer til uttrykk i alle daglige situasjoner. Man ønsker å få frem tydelige beskrivelser av dels hvordan alle i familien er berørt av problemet og dels av hvordan de forholder seg til og forsøker å hankses med problemet. Intensjonen med å få frem familienes historier innen for en sånn ramme er todelt: 1. å mobilisere til felles kamp mot problemets innflytelse og 2. å få foreldrene til å ta kontroll over spisesituasjonen, som et første skritt i å ta tilbake kontroll over livet. Terapeutene understøtter denne mobiliseringen mot problemet ved dels å fremme en problemfokusert beskrivelse og dels ved å innta det, de beskriver som det eksternaliserende perspektivet, hvor man velger å definere problemet som en 'utenfra inntrengende fiende' som har okkupert livet, ikke bare til ungdommen selv, men til hele familien. Det er terapeutene som introduserer både antakelsen om problemet som det sentrale organiserende prinsipp, den problemfokuserte orienteringen og det eksternaliserende perspektivet. Jeg forstår det også der hen, at det er terapeutene som, ved å gjøre denne antakelsen til den felles beskrivelsesramme, sørger for at denne blir bekreftet i historiene til familiene.

Jeg mener at denne antakelsen om problemet som det sentrale organiserende prinsipp og den entydige problemfokuserte orienteringen reiser flere problemstillinger. Først og fremst er det fra terapeutens side et uttrykk for en stillingtagen til å se problemet alene ut i fra denne antakelsen og dermed utelukke, eller avskjære seg fra andre mulige antakelser. Derneft får det noen konsekvenser for hvordan familienes historier blir satt inn i en forståelsesramme tilpasset denne antakelsen.

Gianfranco Cecchin (2003a+b) viser til at dette blir et etisk problem. Han advarer mot at en overdreven lojalitet mot en spesifikk ide, eller antakelse kan føre til at den person som gjør seg til talsmann for ideen, stiller seg selv i en posisjon uten ansvar for de moralske konsekvensene som dypest sett er innbefattet i ideen. Går noe helt galt så er det ikke personen som utfører handlingen som har skylden, men i stedet legges skylden på Ideen (med stort 'I') hvorfra handlingen utspringer. På det psykiatriske området vil en total forpliktelse til den ide, at psykiske lidelser har en biologisk årsak, eller til at det problem vi står overfor skyldes emosjonell eller miljøbestemt deprivasjon, tvinge terapeuten til å måtte ordne opp med

umulige situasjoner. Cecchin påpeker, at den eneste 'etiske' løsningen da må bli at man velger å opptre som 'ekspert' og 'tar ansvar' for pasienten. Cecchin åpner for en problemstilling om i hvilken grad terapeuten er seg bevisst konsekvensene av sin egen praksis og om det kan være sånn, at terapeuten mister oppmerksomheten på om hennes/hans måte å handle og tenke på blir en del av problemet?

Jeg finner at Cecchins advarsel er relevant i forhold til antakelsen om symptomets sentrale organiserende prinsipp. Innenfor denne antakelsen gir det mening når man snakker om spiseforstyrrelser som en sykdom. For med sykdom følger en rekke symptomer. Symptomene er sykdommens uttrykksform, og for Eisler er det disse som forhindrer at familien kan utvikle seg normalt i sin livssyklus og dermed ta vare på de enkelte familiemedlemmenes utvikling. Det vil derfor bli en 'etisk' løsning å måtte hjelpe foreldrene med symptombejempelse.

Men hva blir da konsekvensene av denne holdningen?

Et mulig svar kan være en avvisning av de familiterapeutiske forståelsene som ser på spiseforstyrrelsen som en krise og på symptomene som meningsbærende uttrykk. Dermed spør man ikke om symptomet kan ha en funksjon, om det for eksempel kan være uttrykk for et løsningsforsøk knyttet til konflikter, spenninger, motsetninger eller uløste dilemmaer i familien. Man spør ikke om symptomet kan være et kommunikativt budskap om en indre smertefull tilstand. Man spør ikke om den unge kan ha et eget prosjekt. Jeg tenker, at en konsekvens av dette kan være at ungdommens adferd avvises som uønsket eller ikke gyldig.

Jeg viser til at affektive og emosjonelle temaer, som eksempelvis skam og skyld, også vises til og blir møtt som strukturelle problemstillinger, altså at de forstås ut i fra tilstedeværelsen av lidelsen/sykdommen. At skyldfølelse kan være knyttet til foreldrenes tvil og undring om hvorvidt de har gjort noe galt, oppfatter jeg at flerfamiliegruppene ikke ser på som en relevant problemstilling. I stedet vil man møte disse problemstillinger ut i fra den holdningen at: *Der er ikke noe som tilsier, at dere som foreldre er skyld i at deres datter har anoreksi. Det er snarere sånn, at anoreksien forhindrer dere i å være de foreldre dere ønsker å være for å kunne ivareta deres familie.* Dermed vil man alene ha fokus på å støtte foreldrene til ikke å la seg passivisere av følelser av skyld, da disse følelser tilskrives som uhensiktsmessige eller uheldige for å kunne handle formålstjenlig.

En sentral problemstilling som er reist i oppgaven er knyttet til familiens kompetanse. I analysen viser jeg til at det kompetansebegrep som benyttes er for vagt og for uklart definert. Analysen av materialet har vist at familiens kompetanse blir referert til og beskrevet som forelderkompetanse, en kompetanse som beskrives som implisitt å være til stede om enn satt ut av kraft på grunn av lidelsen/sykdommen. Tilnærmingen til familiens kompetanse blir for snever og tilbakeskuende – og ikke minst - man sier ikke noe om ungdommenes kompetanse overhodet. Der vises heller ikke til noen kompetanse i forhold til søsken, venner, øvrige familie eller i forhold til den sosiale konteksten familien inngår i.

Terapeutene gir uttrykk for at gruppens fremste formål er å støtte og styrke foreldrene til å ta kontroll. I dette arbeidet får gruppen viktige funksjoner som dels angstreduserende og skyldavlastende og dels som alminneliggjørende og normaliserende. Man kan si at gruppen har et implisitt fokus på *støtte og normalisering* og et eksplisitt fokus på *symptomreduksjon*. Materialet viser også, at det som i første rekke tilbys er en støtte til foreldrene, så de kan gjenreise eller reetablere sin forelderkompetanse for å kunne stå imot sykdommens skadelige innflytelse på familielivet og med dette skape en plattform for at de adaptive mekanismene kan tre i funksjon. Om dette vil skje med eller uten supplerende behandling er gjenstand for pågående effektstudier ved både Dresden og Maudsley. I hvilket omfang disse effektstudier primært vil vurdere symptomreduksjon og i hvilket omfang de også vil fange opp affektive og emosjonelle aspekter gjenstår å se. En kommentar fra en av de norske terapeutene kan tyde på, at det fokus på det emosjonelle klimaet i gruppen, som de norske terapeutene har vektlagt i deres tilnærming har båret frem:

”Mitt inntrykk er at det har vært bra for familien, bra for samspillet, for det var helt tydelig at familiesystemet endret seg. Jentene ble greiere med foreldrene sine, ikke så egosentriske og i sitt eget rom. De ble mindre anklagende og mer villige til å høre på. Litt mer tilbakelent i kontakten.”

”Dette så vi omkring måltidene...hvor jeg har tenkt at endringen dreier seg om en annen ting...om settingen rundt...det ble mer hyggelig...mindre hyl og skrik.”

Jeg viser til anerkjennelse som en bærende holdning i flerfamiliegruppeterapien og at denne anerkjennende holdningen er grunnleggende for å skape et rom for refleksjon, utforskning og eksperimentering. Denne anerkjennende holdningen blir også vektlagt innenfor

behandlerteamet som grunnleggende for å kunne benytte den enkelte terapeuts kompetanse og ferdigheter. Dette kommer frem i intervjuene med de norske terapeutene, hvor i mot det er de metodiske tilnærningene som er fremtredende i beskrivelsene fra Dresden og Maudsley.

Programmene fra Dresden og Maudsley fremstår i mine øyne også mer som praksisbeskrivelser enn som teori. Jeg tenker at dette kan ha årsak i den kritikk av at de familieterapeutiske modellene som Eisler reiser, hvor han argumenterer med at disse fremstår som forklaringsmodeller. Hos Eisler blir det i stedet de erfaringer familier har med å leve med en alvorlig syk person i sin midte som blir omdreiningspunktet. Familiens funksjon og organisering ses og forstås i dette perspektivet, altså at familieprosesser forstås og forklares ut i fra lidelsen/sykdommen. Dermed blir fokus rettet mot symptombekjempelse og kontroll over lidelsen/sykdommens uttrykksformer og tilnærmingen får en vektlegging på måter - altså metoder og teknikker til - å oppnå denne kontrollen.

Fokuset på at det er lidelsen/sykdommen som forhindrer at familien kan ta i bruk sine adaptive mekanismer kan fremstå som en generalisering og dermed fremstå som en forklaringsmodell som implisitt argumenter for hvordan det *burde* være i stedet. På et sånt grunnlag kan tilnærmingen oppfattes som normativ.

Sykdom kan lett assosieres med en passiv holdning – noe som har rammet familien og som andre må ta vekk (Johnsen 1995) og dermed virke som en motsetning til flerfamiliegruppens målsetting om å gjøre familiene mindre avhengige av ekspertene, men i stedet bli eksperter selv.

På spørsmålet om hvordan gruppelederne beskriver sin terapeutiske praksis viser intervjuene at de baserer sin tilnærming på modellen fra Maudsley, som er den modellen de har mottatt trening og opplæring i. De viser også til at de ved innføringen av flerfamilierapi i Norge lojalt har valgt å forholde seg til den samme målsetting og tilnærming som ved Maudsley, så vel som de har benyttet seg av strukturen og rammene derfra. Som jeg viser til i analysen fremstår modellen fra Maudsley mer som praksisbeskrivelser med fokus på metoder og teknikker enn som en teoretisk modell. Dette, finner jeg, blir også fremtredende i de norske terapeutenes beskrivelser hvor de familieterapeutiske metoder og teknikker får forrang frem for de familieterapeutiske modellene.

Dette går igjen når jeg spør om terapeutenes kompetanse, om hva det er de bringer inn i terapien. Her vises det til å etablere et terapeutisk rom, hvor en bred og omfattende

kompetanse kommer til uttrykk, overveiende i beherskelse av en mangfoldighet av terapeutiske metoder.

Som det fremgår av intervjuene stiller de norske terapeutene spørsmål ved om jentene blir godt nok ivarettatt i dette opplegget, hvor fokuset på forelderkompetanse får en overvekt med henblikk på å ta kontroll og styring over spiseforstyrrelsens uttrykksformer. Denne bekymringen søkes dels oppveiet av et sterkt fokus på det emosjonelle klimaet i gruppen, som er preget av en høy grad av anerkjennelse og dels av det faktum at de enkelte familier følges opp av supplerende behandlingstilbud.

Dermed peker terapeutene selv på

1. Om den terapeutiske holdningen bør ha et større fokus på affektive og emosjonelle temaer enn det som fremgår av beskrivelsene fra Dresden og Maudsleymodellene.
2. Om det teoretiske begrunnelsesrommet for flerfamiliegruppeterapien blir for snevert, idet der i besvarelsene vises til behov som går ut over denne og som blir ivarettatt av supplerende behandlingstilbud.

Oppgaven har reist flere problemstillinger enn den har gitt svar. At det må være sånn, tenker jeg er et premiss i den hermeneutiske metoden, hvor ens forståelser og ens oppfatninger av materialet stadig blir forandret når det blir sett i lys av andre og nye beskrivelser.

Spørsmålet er altså om flerfamiliegruppeterapiens bærende ide om at man først må oppnå kontroll over symptomets uttrykksformer før man kan jobbe med emosjonelle og utviklingsmessige aspekter er utilstrekkelig. Andre familieterapeutiske tilnærminger viser til at hvis ikke symptomene blir forstått og møtt vil ungdommen tviholde på disse.

Min vesentligste problemstilling har vært å etterspørre og få belyst hva det er for en kompetanse familiene har og hvordan denne kommer til uttrykk. Her mener jeg begrunnelsesrommet for flerfamiliegruppeterapien har sine største mangler i et veldig statisk og tilbakeskuende kompetansebegrep som i beste fall virker konserverende og i verste fall kan virke fastlåsende. Her ser jeg helt klart et behov for en teoriutvikling, som rekker ut over modellene fra Dresden og Maudsley.

Jeg stiller også spørsmål ved om de beskrivelser av familienes erfaringer som begrunner flerfamiliegruppeterapiens tilnærmingen blir for generaliserende. Dermed fremstår

flerfamiliegruppeterapien i seg selv som en forklaringsmodell, men som Eisler selv påpeker, dog ikke med fokus på ætiologi. Sett i lys av dette forekommer det meg at den avvisningen som Eisler foretar av de familieterapeutiske tilnærmingene som forklaringsmodeller med fokus på hva som kjennetegner familier med et anorektisk medlem blir for ensidig. Begrunnelsesrommet for flerfamiliegruppeterapien blir også her for snever i forhold til de erfaringer som ellers kommer til uttrykk i en bredere familieterapeutisk forståelsesramme.

Jeg avslutter hermed oppgaven med den spørsmålsstilling om flerfamiliegruppeterapien ved spiseforstyrrelser, som den er blitt beskrevet i denne oppgaven, kan ses på som et pragmatisk behandlingstilbud, som kan gi støtte til at familiene vil kunne nyttiggjøre seg andre og utvidede behandlingstilbud, som har fokus på både affektive og emosjonelle aspekter, så vel som fokus på ungdommenes prosjekt, uten at de må ty til innleggelse av symptombæreren.

Alternativt kan man velge å utvikle flerfamiliegruppeterapien radikalt ut over rammene til Dresden og Maudsleymodellene. I så fall ved å integrere de familieterapeutiske tradisjoners bredere forståelsesramme av spiseforstyrrelser, så vel som disse tradisjonenes bredere kulturperspektiv på spiseforstyrrelsens kompleksitet.

På denne bakgrunnen vil jeg trekke en liknende konklusjon som Marner og Westerberg gjorde i deres undersøkelse fra 1987: At (flerfamilie-)gruppeterapien ikke kan erstatte familieterapien og at familieterapi (fortsatt) er det foretrukne valget for behandling.

Referanser

Anderson, C.M. (1983): A psychoeducational program for families of patients with schizofrenia. I W.R. McFarlane (red): *Family Therapy in Schizophrenia*. New York: Guilford Press.

Anderson, Harlene (1999): *Samtal, språk och möjligheter. Psykoterapi och konsultation ur postmoderen synsvinkel*. Stockholm: Mareld.

Asen, Eia (2002): Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, **24**: 3-16.

Asen, K.E., Dawson, N. & McHugh, B. (2001): *Multible Family Therapy. The Marlborough Model and its Wider Applications*. London: H. Karnac (Books) Ltd.

(Dansk utgave: *Flerfamilieterapi. Nye veje i familiearbejde*. København 2004: Hans Reitzels Forlag.)

Asen, K.E., George, E., Piper, R. and Stevens, A. (1989): A systems approach to child abuse: management and treatment issues. *Child Abuse & Neglect*, **13**: 45-57.

Asen, K.E., Stein, R., Stevens, A., McHugh, B., Greenwood, J. and Cooklin, A. (1982): A day unit for families. *Journal of Family Therapy*, **4**: 345-358.

Bateson, Gregory (1973): *Steps to an Ecology of Mind*. London & New York: Paladin.

(Dansk utgave: *Mentale systemers økologi*. København 2005: Akademisk Forlag.)

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffmann, L. and Penn, P. (1987): *Milan Systemic Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*. New York: Harper & Row.

(Dansk utgave: *Systemisk familieterapi. Milanometoden. Samtaler om teori og praksis*. København 1991: Hans Reitzels Forlag.)

Cecchin, Gianfranco; Lane, Garry & Ray, Wendel A. (2003a): *Irreverence. A Strategy for Therapists' Survival*. London: Karnac Books.

Cecchin, Gianfranco, Lane, Gerry & Ray, Wendel A. (2003b): *The Cybernetics of Prejudices in the Practice of Psychotherapy*. London: Karnac Books.

Cooklin, A., Miller, A. and McHugh, B. (1983): An institution for change: developing a family day unit. *Family Process*, **22**: 453- 468.

Cooklin, A. (1982): Change in here-and-now systems vs. systems over time. In A. Bentovim, G. Gorell-Barnes and A. Cooklin (red.): *Family Therapy: Complementary Frameworks of Theory and Practice*. London: Academic Press.

Dare, C. and Eisler, I. (2000): A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, **8**: 4-18.

Dare, C. and Eisler, I. (1995): Family therapy. In G.I. Szmukler, C. Dare and J. Treasure (red.): *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. London: John Wiley & Sons.

Dare, C., Eisler, I., Colahan, M., Crowther, C, Senior, R. and Asen, E. (1995): The listening hearth and the chi-square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, **17**: 19-45.

Dare, C. (1983): Family therapy for families containing an anorectic youngster. In *Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia*. Report of the IVth Ross Conference on Medical Research. Ohio, Columbus: Ross Laboratories.

deShazer, S. (1982): *Patterns of Brief Therapy: An Ecosystemic Approach*. New York: Guilford Press.

Eisler, Ivan (2005): The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, **27**: 104 – 131.

Eisler, I., Le Grange, D., Asen, K.E. (2003): Family interventions. I J. Treasure, U. Schmidt and E. van Furth (red.): *Handbook of Eating Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Eisler, I., Dare, C., Russel, G.F.M., Dodge, E. and Le Grange, D. (2000): Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. **54**. 727-736.

Eisler, I. (1995): Family models of eating disorders. In G.I. Szumukler, C. Dare and J. Treasure (red.): *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. London: John Wiley & Sons.

Epston, D., Maisel, R. & Borden, A. (2004): *Biting the Hand that Starves You. Inspiring Resistance to Anorexia/Bulimia*. New York, London: Norton.

Gonsalez, S., Steinglass, P. and Reiss, D. (1989): Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illness. *Family Process*, **28**: 69-87.

Hafstad, Reidun & Øvreeide, Haldor (1998): *Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johnsen, A. (2004): Hva påvirker barns utvikling? *Fokus på Familien*, **4**: 216- 232.

Johnsen, A. (2000): Selvpålevelse, nøkkelmetafarer og familiepremisser. Om forholdet mellom felles og individuelle historier. I A. Johnsen, R. Sundet og V. W. Torsteinsson: *Samspill og selvpålevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano Aschehoug.

Johnsen, Astri. (1995): *Vendepunkter. Om familierapi ved spiseforstyrrelser*. Oslo: Tano

Johnsen, A. (1988): *En forløpsstudie av en gruppe familier tilbudt korttidsterapi*. Norsk Psykologforening. Monografi nr. 10.

Jones, Elsa (1996): *Familierapi i systemisk perspektiv. Utviklingstendenser inden for systemisk terapi efter Milano-modellen*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

- Kaufman, E. and Kaufman, P. (1979): Multiple family therapy with drug abusers. I E. Kaufman and P. Kaufman (red.): *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York: Gardner Press.
- Kuipers, L., Leff, J. and Lam, D. (1992): *Family Work for Schizophrenia. A Practical Guide*. London: Gaskell.
- Kvale, Steinar (2005): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lansky, M.R. (1981): Establishing a family oriented in-patient setting. I G. Berenson and H. White (red.) *Annual Review of Psychotherapy*. Vol 1. New York: Human Sciences Press.
- Laqueur, H.P. (1973): Multiple family therapy: questions and answers. I D. Bloch (red.) *Techniques of Family Psychotherapy*. New York: Gruner & Stratton.
- Laqueur, H.P. (1972): Mechanisms of change in multiple family therapy. I C.J. Sager and H.S. Kaplan (red.) *Progress in Group and Family Therapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Laqueur, H.P.; La Burt, H.A. and Morong, E. (1964): Multiple family therapy: further developments. *International Journal Society Psychiatry*, **10**: 69-80.
- Laursen, Ville (2007): Dilemmaer ved at integrere de systemiske retninger. *Fokus på Familien*, **1**: 69-80.
- Le Grange, Daniel (2005): The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, **4:3**: 142 – 146.
- Leichter, E. and Shulman, G.L. (1974): Multiple family group therapy: a multidimensional approach. *Family Process*, **13**: 95-110.
- Lundby, Geir (1998): *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Løvlie Schibbye, Anne-Lise (1988): *Familien. Tvang og mulighet. Om samspill og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Marner, T. and Westerberg, C. (1987): Concomitant group therapy with anorectics and their parents as a supplement to family therapy. *Journal of Family Therapy*, **9**: 255-263.

Minuchin, Salvador (1998): Where is the Family in Narrative Family Therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, **Vol. 24, No. 4**: 397-403.

Minuchin, S. and Fishman, H.C. (1981): *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, Salvador (1978): *Familier og familieterapi*. København: Munksgaard.

Morgan, Alice (2000): *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

Murburg, M., Price, L. and Jalali, B. (1988): Huntington's disease: therapy strategies. *Family Systems Medicine*, **6**: 290-303.

McFarlane, W.R. (red.) (1993): Multiple family groups and the treatment of schizophrenia. I *Family Therapy in Schizophrenia*. New York: Guilford Press.

McFarlane, W.R. (1982): Multiple family in the psychiatric hospital. I Harbin (red.): *The Psychiatric Hospital and the Family*. New York: Spectrum.

O'Shea, M. and Phelps, R. (1985): Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process*, **24**: 555-582.

Reiss, D. and Costell, R. (1977): The multiple family group as a small society: family regulation of interaction with nonmembers. *American Journal Psychiatry*, **134**: 21-24.

Ryen, Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røer, Anne (2006): *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Schmidt, U., and Asen, E. (2005): Editorial: Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? *Journal of Family Therapy*, **27**: 101-103.

Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K. and Thömke, K. (2005): Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, **27**: 132-141.

Scholz, M., Rix, M., Hegewald, K. and Gantchev, K. (2002). Translated, revised and adapted by E. Asen (2003): *Treatment Manual for Multi-family Therapy with Anorexia nervosa*. Dresden, London: Stensil.

Scholz, M. and Aasen, E. (2001): Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review*, **9**: 33-42.

Slagerman, M. and Yager, J. (1989): Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, **7**: 269-283.

Statens helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie 7-2000. Oslo.

Steinglass, P. (1998): Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health*, **16**: 55-70.

Strelnick, A.H.J. (1977): Multiple Family Therapy: a review of the literature. *Family Process*, **16**: 307-325.

Skårderud, Finn (2004): *Sterk/Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, Finn (2000): *Sultekunstnerne*. Oslo: Aschehoug.

Søndergaard, Svend Nis (2004): Det får være grenser for grenser. *Fokus på Familien*, **3**: 168 – 183.

Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tomm, Karl (1987a): Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, **26**: 3-13.

Tomm, Karl (1987b): Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, **26**: 167-183.

Tomm, Karl (1988): Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic and reflexive questions. *Family Process*, **27**: 1-15.

Wattie, M. (1994): Multiple group family therapy. *Journal of Child and Youth Care*, **9**: 31-38.

White, M., Epston, D. (2000): *Narrativ terapi – en introduction*. Sverige: Bokförlaget Mareld.

White, M., Epston, D. (1990): *Narrative means to therapeutic ends*. New York, London: W.W. Norton & Company.

White, Michael (2000): *Reflections on Narrative Practice. Essays & interviews*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White, Michael (1998): *Re-Authoring Lives: Interviews & Essays*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White, Michael (1997): *Narratives of Therapists' Lives*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White, Michael (1989): The externalising of the problem and the re-authoring of lives and relationship. *Dulwich Newsletter*, **Summary**: 5-28.

Wooley, S.C. and Lewis, K. (1987): Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. I J. Harkaway (red.): *Eating Disorders: The Family Therapy Collections*, vol 20. Rockville: Aspen Publishing.

Vedlegg 1

Dato.

Til

Jeg skriver på en mastergradsoppgave i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets Høyskole i Oslo. Mitt tema er: Flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser.

Jeg ønsker å ha fokus på de terapeutene, som leder disse gruppesamlingene for dermed å få belyst hvilken tenkning og kompetanse disse vektlegger i arbeidet. Jeg vil se på hvordan terapeutene beskriver og begrunner sin praksis i arbeidet med flerfamiliegrupper.

Jeg håper, at ved å tydeliggjøre og teoretisere over en praksis, å bidra til så vel teoriutvikling som fagutvikling.

Mitt grunnleggende forskningsspørsmål vil bli hvordan flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser fremstilles av terapeutene. Jeg er særlig interessert i forestillinger om flerfamiliegruppeterapi som samskapende praksis, som terapeutene konstruerer sammen med gruppen av familier. En målsetting med arbeidet vil være å bidra til en familieterapeutisk diskurs omkring flerfamilierapi.

Til mitt formål ønsker jeg å intervjuere terapeuter, som leder disse gruppene og som har gjennomført minst en gruppesamling.

Intervjuet er tenkt som et semistrukturert intervju av 1 til halvannen times varighet.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Intervjuet vil ha fokus på praksis og etterspørre følgende problemstillinger:

- Hvilken tenkning baserer gruppelederene seg på i sin virksomhet i flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser?
- Hva slags kompetanse gir gruppelederene uttrykk for at de har?
- Hva slags kompetanse gir gruppelederene uttrykk for at familiene har?
- Hvordan beskriver gruppelederene sin terapeutiske praksis?

Mitt fokus er alene terapeutene. Jeg vil ikke ha kontakt med eller intervjuere klienter som deltar i gruppene. Skulle jeg få kjennskap til eller få opplysninger om enkelte klienter vil disse være omfattet av min taushetsplikt som helsearbeider. Slik informasjon vil ikke bli brukt i oppgaven.

Det enkelte intervju vil bli anonymisert.

Min veileder er Turid Markussen, Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Universitetet i Oslo.

Med vennlig hilsen

Svend Nis Søndergaard.

Vedlegg 2

Intervjuguide.

1. Rammer og struktur.

1.1. Hvordan har dere lagt opp samlingene?

1.2. Tidsrammer og intervaller.

- Utforske/ få konkretisert begrunnelser for valgte struktur.

2. Gruppesamlingene.

2.1. Hva for kompetanse bruker terapeutene for å få til en prosess familiene imellom?

2.1.1. - for å involvere/engasjere barn og ungdom?

2.1.2. - for å involvere/engasjere søsken, andre familiemedlemmer, venner og eventuelle samarbeidspartnere?

2.2. Hvilke tanker gjør du deg om kurative faktorer i gruppen.?

2.2.1. I familien?

2.2.2. I systemet rundt familien?

2.3. Hvilke tanker gjør du deg om utsagnet: "Det er bedre å få råd av lidelsesfeller enn av eksperter!"

2.4. Hva forstår du ved uttrykket: "familiens egen ekspertise."

- Få praktiske/konkrete eksempler.
- Hva tror du om dette?
- Hva tenker du om dette?
- Hvorfor tror du dette hendte?
- Hva er begrunnelsen for dette?
- Hvordan forstår du dette?

3. Formål med flerfamiliegruppeterapi.

3.1. Som du ser det.

3.2. Som dere beskriver det overfor familiene.

- Utforske/få konkretisert formålet.

4. Teoretisk forankring og inspirasjon.

4.1. Kan du si noe om hvilke/n familieterapeutisk forankring du baserer deg på i ditt arbeide med flerfamiliegrupper?

4.2. Hvem og hva er du overveiende inspirert av?

4.3. Hvordan blir denne forankringen og inspirasjonen tydelig i din tilnærming til familiene?

4.4. Hvilke andre kunnskaper eller kompetanser tenker du at du benytter deg av i din tilnærming?

4.5. Hvordan kommer disse kunnskaper og kompetanser til uttrykk?

4.6. Hvilke kompetanser, evner eller personlige kvaliteter vil du vektlegge hos en terapeut som skal jobbe med flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser?